

Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA EM CONTEXTO PORTUGUÊS:
Desenvolvimento de um manual para profissionais

Diana Isabel Aguiar dos Santos Pereira

outubro, 2016

Dissertação apresentada no Mestrado Integrado de Psicologia,
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade
do Porto, orientada pela Professora Doutora *Selene Vicente*
(FPCEUP).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, a autora declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade intelectual.

A essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído.

Confúcio

AGRADECIMENTOS

A presente dissertação representa o culminar de um processo longo e investido, cuja execução não teria sido possível sem o apoio de várias pessoas. A todos os que, de alguma forma, contribuíram para que esta viagem, que tanto teve de árdua como de gratificante, me tivesse conduzido até aqui; a todos que caminharam comigo ou foram importantes em diferentes paragens, quero aqui expressar o meu sincero agradecimento.

À Professora Doutora Selene Vicente, pela disponibilidade em auxiliar este trajeto, dispondo-se no solucionamento de questões, na partilha de dúvidas, no florescer de reflexões. Obrigada por me ter orientado no erigir deste projeto.

À Dr^a Helena Moreira, por se ter mostrado sempre disponível para me auxiliar, compreendendo as dificuldades inerentes a este processo, a esta fase tão determinante e, mesmo sem saber, por me ter apaziguado diversas inquietações.

Aos vários profissionais que, em comunhão de interesses e colaborando para um objetivo científico comum, se disponibilizaram a contribuir para este projeto, dando-lhe corpo e sentido e permitindo que este se preenchesse de significações. Por me terem permitido aceder não só à documentação científica, como também à experiência e à realidade da prática clínica, compreendendo a sua complexidade.

Às companheiras desta viagem, a Xana, a Mariana, a Mara que, enquanto empreendiam, elas próprias, as suas viagens, tão distintas e simultaneamente tão próximas, não deixaram de me apoiar. Por com vocês existir a comunhão de interesses tão distintos e tão próximos, por me suscitarem incessantemente a reflexão, sobre tudo e sobre nada. Pelo inexplicável entendimento no pensar e, sobretudo, no sentir. Obrigada pela partilha de inquietações mas também de alegrias, por me terem dado a força motriz necessária para percorrer todo este caminho.

A todos os meus amigos por, com todo o carinho e apoio, terem amparado todos os meus passos. Por serem as pessoas que eu escolhi e, por isso, as pessoas mais bonitas, concederam a toda esta viagem o que lhe faltava: cor, brilho e a esperança sempre renovada. Obrigada por me terem feito sempre acreditar em mim. Acreditar na minha capacidade incessante de tirar o prefixo ao impossível.

Aos colegas, pela partilha desta viagem pela Psicologia, por ao longo dos cinco anos, em distintos e dispersos momentos, com todos e cada um ter aprendido algo que,

certamente, me foi útil nesta viagem. Me será útil nas viagens que, doravante, empreenderei.

À Carlinha e ao Nelson, pelo exemplo indescritível que (me) são, em tudo, tantas vezes sem o saberem. Por de vocês receber tanto, de forma incondicional. Porque esta viagem, com vocês, não teve um dia cinzento que não ganhasse cor.

Aos meus pais, por tudo. Pelo imensurável amor e apoio, por terem acreditado, sem questões ou dúvidas, que chegaria até aqui. Por serem a base segura que me permitiu chegar até aqui. E por me darem asas, sem que nunca me faltasse o (seu) ninho.

A ti, Gonçalo. Pela força do acreditar, que em ti e por ti vi renovada de dia para dia. Pela forma genuína com que apoiaste este meu caminho, partilhando sem necessidade de entendimento este meu sonho. Que contigo se desenhou realidade de forma simples. Por me preencheres o coração. E um coração cheio é o motor sempre necessário para levar a cabo, com sucesso, qualquer viagem.

Where there is great love, there are great miracles.

Resumo

Este estudo, de cariz exploratório, insere-se num projeto mais vasto que pretende desenvolver um manual de Reabilitação Neuropsicológica dirigido aos profissionais no domínio, resultante da compilação e validação de atividades e de programas de estimulação cognitiva desenvolvidos no contexto da Consulta de Neuropsicologia da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Para isso, consideramos fulcral explorar as necessidades dos profissionais no terreno e caracterizar a prática de Reabilitação Neuropsicológica, para delinear diretrizes com vista à construção de um manual eficaz e inovador que responda às necessidades da prática clínica atual.

No presente estudo procedemos a esta exploração, utilizando uma metodologia qualitativa. Realizaram-se entrevistas semiestruturadas a oito profissionais da área metropolitana do Porto com experiência profissional em Reabilitação Neuropsicológica. Através das entrevistas procurou-se aceder às perceções acerca da prática clínica, caracterizar a atuação dos profissionais nos seus contextos, identificar os materiais e recursos utilizados, bem como as respetivas limitações. Procurou-se ainda realizar um levantamento de princípios orientadores para a construção do manual de Reabilitação Neuropsicológica com suporte em papel e lápis. Para analisar os dados das entrevistas, foi realizada uma análise de conteúdo.

Os resultados demonstraram que, para os profissionais, a Reabilitação Neuropsicológica é eficaz, mas esta eficácia é dependente de vários fatores e vê-se limitada por constrangimentos estruturais e contextuais. Neste cenário, os materiais e recursos para a intervenção são escassos e apresentem lacunas, nem sempre se adequando aos contextos e populações clínicas e apresentando uma baixa validade ecológica. Emergiu a necessidade de uma ferramenta inovadora, pragmática e com validação empírica, que responda às necessidades da prática clínica. A partir destes resultados e das diretrizes dos profissionais, propõe-se uma estrutura e conteúdos para a organização do manual de Reabilitação Neuropsicológica focado na componente cognitiva, que se pretende desenvolver.

PALAVRAS-CHAVE: Reabilitação Neuropsicológica em Portugal; Adultos; Prática Clínica; Análise de Conteúdo; Estimulação Cognitiva.

Abstract

This exploratory study is a part of a larger project aimed at the development of a Neuropsychological Rehabilitation manual for professionals. This manual is the result of a compilation and validation of cognitive stimulation exercises and activities developed in the Consulta de Neuropsicologia of the Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. In order to develop this manual it was essential to explore the needs of the professionals in the field and to characterize the practice of Neuropsychological Rehabilitation, in order to create a manual that is efficient, innovative and responsive to the needs of clinical practice.

We achieved this using qualitative methodology. We conducted 8 semi-structured interviews to professionals from the metropolitan area of Porto who graduated in Psychology and have expertise in Neuropsychological Rehabilitation. In the interviews we sought to characterize the practice of professionals in their working context, access to their perceptions about the clinical practice and identify the materials and resources that they use, as well as their limitations. Furthermore, we tried to gather guidelines and directives to inform on the development of a Neuropsychological Rehabilitation manual. Content analysis was then used to analyze the data extracted from the interviews.

The results show that professionals perceive Neuropsychological Rehabilitation as an efficient practice. However, this efficacy depends on various factors and is limited by contextual and structural constraints. In this context, the tools available for the intervention are scarce and have limitations. For example, they are not always adjusted to the clinical settings and populations. Also, the tools have low ecological validity. In this scenario the need emerges for an innovative, pragmatic and empirically validated tool, capable of responding to the needs of clinical practice. From the results and the directives given by professionals, we outlined the structure and contents of the Neuropsychological Rehabilitation manual that we intend to develop.

KEY WORDS: Neuropsychological Rehabilitation in Portugal; Adults; Clinical Practice; Content Analysis; Cognitive Stimulation.

Résumé

Cette étude exploratoire fait partie d'un grand projet qui souhaite concevoir un manuel de Réhabilitation Neuropsychologique adressé aux professionnels du domaine à partir de la compilation et de la validation des activités et des programmes de stimulation cognitive développée dans le contexte de Consulta de Neuropsicologia de la Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. Pour se faire, nous avons considéré très important d'exploiter les besoins des professionnels sur le terrain et de caractériser la pratique de Réhabilitation Neuropsychologique, afin de définir des objectifs pour la construction d'un manuel efficace et innovant qui répond aux besoins de la pratique clinique actuelle.

Pour cette étude, la méthodologie que nous avons utilisée était qualitative. Nous avons fait 8 interviews auprès des professionnels de la banlieue de Porto, diplômés en Psychologie et spécialisé en Réhabilitation Neuropsychologique. A partir de ces interviews nous avons essayé d'avoir accès aux perceptions sur la pratique clinique, de caractériser les actions des professionnels sur ses contextes, d'identifier les matériels et ressources utilisés, ainsi que ses limites respectives. Nous avons encore collectés quelques directrices pour la construction du Manuel de Réhabilitation Neuropsychologique avec un support papier et crayon. Pour analyser les informations des interviews il a été réalisé une analyse de contenu.

Les résultats ont montré que, pour les professionnels, la Réhabilitation Neuropsychologique est efficace, mais cette efficacité est dépendante de plusieurs variables et est limitée par des contraintes structurelles et contextuelles. Selon ce scénario, les matériels et ressources pour l'intervention sont rares et ont des erreurs, et donc, ne correspondent pas aux contextes et populations cliniques et font preuve aussi d'une faible validité écologique. A émergé le besoin d'un ustensile innovant, pragmatique et avec validation empirique qui réponde aux besoins de la pratique clinique. A partir de ces résultats et des directrices des professionnels, nous proposons une structure et des contenus pour l'organisation d'un manuel de Réhabilitation Neuropsychologique centrée sur la composante cognitive, que nous souhaitons développer.

MOTS-CLÉS: Réhabilitation Neuropsychologique en Portugal; Adultes; Pratique Clinique; Analyse du Contenu; Stimulation Cognitive

Índice

Introdução geral.....	1
1. (Re)habilitar: definição e propósito da Reabilitação Neuropsicológica	2
2. Intervir ao nível da cognição: a Reabilitação Neurocognitiva	4
3. Investigação científica e recomendações para a prática clínica	6
4. Do papel e lápis à realidade virtual: materiais de Reabilitação Neurocognitiva	7
5. Recursos para a Reabilitação Neurocognitiva no contexto português	9
5.1. A (des)adequação dos recursos da Reabilitação Neurocognitiva no panorama português	10
Estudo Empírico.....	13
1. Introdução.....	13
2. Objetivos do estudo.....	14
3. Método.....	14
3.1. Participantes	14
3.2. Material	15
3.3. Procedimento.....	16
4. Resultados e discussão	17
4.1. Contexto clínico. <i>Reabilitação Neuropsicológica: o quê?</i>	17
4.2. Metodologia. <i>Reabilitação Neuropsicológica: como?</i>	27
4.3. Materiais. <i>Reabilitação Neuropsicológica: com quê?</i>	31
4.4. Diretrizes para a construção de um manual. <i>Reabilitação Neuropsicológica – que futuro?</i> .	37
Conclusões e considerações finais.....	41
1. Um manual de Reabilitação Neuropsicológica para profissionais	42
2. Limitações e pistas para investigação futura	46
Referências bibliográficas	48
Anexos.....	53

Índice de Anexos

Anexo 1. Dados de caracterização dos profissionais de Reabilitação Neuropsicológica que participaram no estudo	54
Anexo 2. Guião da entrevista semiestruturada administrada aos profissionais de Reabilitação Neuropsicológica que participaram no estudo (tópicos orientadores)	55
Anexo 3. Consentimento informado	57
Anexo 4. Grelha de análise de conteúdo e definição das respetivas categorias	59
Anexo 5. Exemplos de atividades práticas a incluir no manual para o domínio cognitivo da memória	62

Índice de quadros

Quadro 1. Estrutura do manual de RN	44
--	----

Lista de Abreviaturas

AVC	Acidente Vascular Cerebral
RV	Realidade Virtual
AVs	Ambientes Virtuais
SNS	Sistema Nacional de Saúde
AVDs	Atividades de Vida Diária
RN	Reabilitação Neuropsicológica
LCA	Lesão Cerebral Adquirida
FPCEUP	Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto
DA	Demência de Alzheimer
TCE	Traumatismo Crânio-Encefálico
RNC	Reabilitação Neurocognitiva
FE	Funcionamento Executivo

Introdução geral

As últimas décadas têm sido palco de um crescente interesse científico pela reabilitação neuropsicológica (RN) de pessoas que sofreram algum tipo de alteração a nível cerebral decorrente quer de lesão, quer de condições neurodegenerativas (Lasprilla, 2006). Este interesse deve-se não só ao avanço crescente dos métodos de reabilitação, que têm permitido uma intervenção mais eficaz, mas também a um fenómeno de otimismo decorrente de estudos que demonstram que o cérebro humano tem potencial de neuroplasticidade (Marrón et al., 2011). Paralelamente, temos assistido a uma crescente compreensão dos processos cognitivos, bem como da natureza dos défices cognitivos adquiridos (Mateer, 2006). Neste contexto, a RN surge como uma resposta premente para necessidades ao nível da saúde, como o envelhecimento populacional (Instituto Nacional de Estatística, 2012) e consequente aumento da prevalência de doenças neurodegenerativas (Alzheimer, 2009), bem como o crescente número de indivíduos com incapacidade decorrente de lesão cerebral adquirida (LCA) (Guerreiro, Almeida, Fabela, Rocha Dore & Castro-Caldas, 2009). Derivado deste crescente interesse científico e clínico, tem existido um foco na criação de metodologias e materiais de RN para intervir com estas populações, procurando recuperar ou colmatar os défices que estas apresentam.

Neste contexto, o Serviço de Consulta de Neuropsicologia, inserido no Serviço de Consultas de Psicologia da Saúde da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (FPCEUP), tem desenvolvido vários programas de estimulação cognitiva com base em exercícios de papel e lápis, dirigidos a adultos e idosos, que têm sido testados quanto à sua eficácia. Emerge a necessidade de compilar os vários exercícios criados neste âmbito, reunindo-os num manual. Este projeto surge, também, de uma necessidade latente de construir materiais que uniformizem e auxiliem a prática clínica dos profissionais, e, sobretudo, que sejam adequados às particularidades dos contextos e das populações-alvo.

Para isso, levamos a cabo um estudo empírico de cariz qualitativo, que procurou aceder às perceções e experiências de profissionais de RN, através da realização de entrevistas semiestruturadas. Procuramos compreender o panorama da RN em Portugal,

concretamente no distrito do Porto, e reunir diretrizes e orientações para que a construção deste manual seja fundamentada e culmine numa ferramenta eficaz.

Assim, este estudo divide-se em três secções principais: (i) introdução teórica; (ii) estudo empírico; (iii) conclusões e considerações finais. Na introdução procedemos a uma revisão da literatura no domínio, que será apresentada de seguida. Nesta, focamo-nos nos tópicos de relevo para o estudo, definindo e distinguindo a RN da Reabilitação Neurocognitiva e fornecendo um panorama da investigação científica no domínio. Focamo-nos, concretamente, nos estudos empíricos que têm sido realizados com vista à construção e validação de materiais de reabilitação. Uma vez que pretendemos construir uma ferramenta que responda às necessidades do contexto português, procuramos perceber, na literatura, que materiais têm sido criados neste âmbito e quais as características dos contextos portugueses de RN. Na secção do estudo empírico, descrevemos a metodologia e apresentamos e discutimos os resultados obtidos. Por fim, na secção final, tecemos as principais conclusões a que esta investigação nos permitiu chegar e apresentamos o principal contributo deste estudo: o projeto e estrutura do manual que será desenvolvido.

1. (Re)habilitar: definição e propósito da Reabilitação Neuropsicológica

Rehabilitation implies the restoration of patients to the highest level of physical, psychological and social adaptation attainable. It includes all measures aimed at reducing the impact of disabling and handicapping conditions and at enabling disabled people to achieve optimum social integration.

World Health Organization (1986, p. 1)

Os avanços na área da RN começaram a ocorrer após a primeira e a segunda guerras mundiais, períodos nos quais os cientistas passaram a empreender esforços para compreender de que forma os diferentes tipos de lesões influenciavam o comportamento humano e como se poderia remediá-los (Pontes & Hübner, 2008). Mais recentemente, as mudanças socioculturais e os avanços tecnológicos levaram a um aumento no número de vítimas de lesões cerebrais (Abrisqueta-Gomez, 2006). Além disso, o crescente envelhecimento populacional trouxe consigo a necessidade de estudos sobre o processo de envelhecer e, também, sobre as doenças dele decorrentes, destacando-se as condições neurodegenerativas como a demência de Alzheimer (DA; Camara et al., 2009).

Deste modo, a RN tem ganho grande relevo no seio da Neuropsicologia Clínica, podendo definir-se como uma intervenção que visa “devolver” a qualidade de vida e a autonomia do indivíduo com défices cognitivos (Wilson, Fergus, Evans & Bateman, 2009). Tem como objetivo compensar ou reduzir os défices cognitivos, além de capacitar pacientes e familiares para lidarem com as dificuldades funcionais decorrentes de lesão ou doença, reduzindo o grau em que estes défices impedem o funcionamento no contexto social (Wilson, 1991). Estas metas gerais podem ser concretizadas em objetivos específicos: (i) assegurar a autonomia pessoal e favorecer a socialização; (ii) favorecer a estimulação das funções cognitivas superiores; (iii) acompanhar o indivíduo na tomada de consciência das suas dificuldades; (iv) acompanhar a pessoa e os seus familiares na elaboração de um novo projeto de vida (Wilson, 1991).

Assim, a reabilitação compreende um sistema de atividades terapêuticas baseado nas relações cérebro-comportamento que visa alcançar alterações funcionais, mediante: (i) o restabelecimento ou reforço de padrões de comportamento previamente aprendidos; (ii) o estabelecimento de novos padrões de atividade cognitiva por meio de estratégias substitutivas; (iii) a introdução de novos padrões de atividade apoiados em mecanismos compensatórios internos ou externos; (iv) a ajuda ao paciente e à sua família para adaptar-se à nova condição de incapacidade e melhorar o funcionamento global (Marrón et al., 2011).

Para a concretização destes objetivos e atividades terapêuticas, a RN beneficia, largamente, de intervenções holísticas, envolvendo equipas terapêuticas multidisciplinares, considerando que a cognição não se pode dissociar, por exemplo, da emoção, motivação e comportamento. Este tipo de intervenção é sensível às implicações psicossociais da incapacidade e suas consequências a longo prazo (Prigatano, 1999). Dentro das componentes de intervenção da RN holística inserem-se, para além da intervenção na cognição, a modificação do comportamento, a intervenção com as famílias e a readaptação vocacional ou profissional (Marrón et al., 2011). Esta abordagem tem vindo a ser validada cientificamente como sendo a mais eficaz, sobretudo em populações com LCA (Ben-Yishay, 2000; Cicerone et al., 2000; Prigatano, 1999; Wilson, 1997).

Num ensaio clínico aleatório, Cicerone e colaboradores (2008) procuraram comparar a eficácia da RN holística com a RN tradicional em indivíduos com Traumatismo Crânio-Encefálico (TCE). Para isso, realizaram dois tipos de intervenção: a holística (realizada de modo intensivo e com intervenção ao nível cognitivo, interpessoal e funcional) e a convencional, não-intensiva e com foco na cognição. Os resultados demonstraram que a

RN holística produziu melhorias significativas em medidas emocionais, interpessoais e de funcionalidade, comparativamente à abordagem convencional.

No contexto português, Guerreiro e colaboradores (2009) demonstraram, também, a eficácia do programa de RN holístico realizado no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia. Os efeitos mais significativos do programa verificaram-se na reintegração e no retorno à vida laboral.

No entanto, nem sempre é possível a concretização deste tipo de abordagem, uma vez que esta comporta diversos custos, quer humanos quer materiais. Além disso, nalguns quadros clínicos, nomeadamente condições neurodegenerativas, em que se procura estimular e retardar o declínio, mais do que reabilitar, o custo deste tipo de abordagem pode não se justificar. Assim, tem-se distinguido entre a RN e a Reabilitação Cognitiva ou Reabilitação Neurocognitiva (RNC), que se foca principalmente na melhoria do funcionamento cognitivo, não intervindo de forma direta a nível, por exemplo, comportamental, emocional ou vocacional (Wilson, 1997). Descreveremos, de seguida e mais pormenorizadamente, este tipo de abordagem.

2. Intervir ao nível da cognição: a Reabilitação Neurocognitiva

The term “cognitive rehabilitation” can apply to any intervention strategy or technique which intends to enable clients or patients, and their families, to live with, manage, by-pass, reduce or come to terms with cognitive deficits precipitated by injury to the brain.

Wilson, Cockburn, Baddeley & Hiorns (1989, p. 117)

Tal como expusemos anteriormente, a RNC pode realizar-se de modo independente ou integrada num processo holístico de RN. Independentemente dos parâmetros em que é realizada, é uma componente fulcral da reabilitação, uma vez que as alterações cognitivas surgem invariavelmente associadas às populações clínicas com alterações a nível cerebral. Défices na memória, atenção, funcionamento executivo (FE) e velocidade de processamento, são das dificuldades mais típicas em pacientes com quadros clínicos como LCA, derivada principalmente de TCE ou Acidente Vascular Cerebral (AVC), ou condições neurodegenerativas (tais como DA, demência frontotemporal ou demência de Parkinson) (Wilson et al., 2009). A literatura científica tem demonstrado a eficácia deste tipo de intervenção na melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares

(Dores, 2006), em diferentes populações clínicas, desde défices cognitivos ligeiros (Jean, Bergeron, Thivierge & Simard, 2010), a demências (Clare & Woods, 2004) ou LCA (Cappa et al., 2005).

De um modo geral, a RNC procura a restauração ou remediação dos défices cognitivos decorrentes destes quadros clínicos. Neste sentido, são consideradas diferentes vias de reabilitação (cf. Marrón et al., 2011): (i) restituição ou restauração, que se baseia na estimulação e exercício reiterado da função deficitária (perdida ou diminuída); (ii) substituição, que se refere ao apoio e emprego de outras funções cognitivas preservadas para a execução das tarefas que implicam a função alterada; (iii) compensação, ou seja, emprego de ajudas ou mecanismos externos para a realização eficaz das tarefas (de Noreña et al., 2010). No entanto, a maioria dos autores consideram duas vias principais: a restauração e a compensação, considerando a substituição uma estratégia implicada e condensada na abordagem compensatória (Marrón et al., 2011).

Apesar desta distinção teórica, na prática, a concretização destas diferentes vias não é mutuamente exclusiva, sendo que os programas de intervenção formulam estratégias terapêuticas que podem combinar restauração com compensação, mediante o perfil cognitivo de cada paciente e os objetivos estabelecidos. Assim, de um modo geral, procura-se a remediação cognitiva dos défices em diferentes componentes cognitivas (e.g., atenção, memória, FE, percepção, linguagem), auxiliando na compensação das alterações comportamentais e, também, na tomada de decisões com vista à melhoria da qualidade de vida (Prigatano, 1999).

Em sùmula, a RNC procura intervir ao nível do funcionamento cognitivo do paciente. A partir dos dados da avaliação neuropsicológica, é estabelecido o perfil cognitivo do paciente, delineando-se quais as áreas preservadas e quais as deficitárias, sobre as quais se vai intervir (Lezak, 2004). Esta intervenção é realizada por meio da estimulação cognitiva, ou seja, recorrendo-se a tarefas e exercícios que estimulam o funcionamento cognitivo. Por exemplo, uma tarefa de completar um labirinto permite estimular componentes cognitivas como a capacidade visuoespacial, o FE (nomeadamente, o planeamento), a atenção sustentada, entre outras (Andrewes, 2015). Os estudos científicos têm procurado perceber como devem ser executadas estas tarefas e quais as estratégias de intervenção que permitem potenciar a sua eficácia. Por isso, seguidamente faremos uma incursão pela literatura científica, apresentando algumas das orientações que têm sido delineadas para a prática clínica.

3. Investigação científica e recomendações para a prática clínica

Wilson e colaboradores (2009) apontaram a existência de distintas transformações e progressos no âmbito da RN. Por um lado, esta passou a estender o seu método de atuação muito para além da mera realização de exercícios e simulacros no contexto de consulta, compreendendo-se que estes não abarcam a complexidade das exigências do quotidiano do indivíduo. Assim, procura-se que as atividades terapêuticas se aproximem, o mais possível, ao dia a dia dos pacientes, por exemplo utilizando estímulos familiares e promovendo o treino de estratégias nos contextos de vida diária. Por outro lado, verificou-se a mudança para uma abordagem baseada no estabelecimento de objetivos aquando da planificação do programa de reabilitação. Pacientes, familiares e profissionais coordenam-se no estabelecimento de objetivos apropriados e determinam de que forma estes serão atingidos, defendendo-se a reabilitação como um processo no qual o paciente tem um papel ativo. Em termos teóricos, há uma crescente unanimidade quanto à insuficiência de modelos ou teorias, para de forma isolada, abrangerem as inúmeras e complexas dificuldades que enfrentam os indivíduos com défices cognitivos. Urge, portanto, considerar vários modelos e teorias com o objetivo de alcançar os melhores resultados possíveis no processo de reabilitação.

Relativamente ao modo como a intervenção é realizada, vários estudos empíricos têm demonstrado a importância dos parâmetros dos programas de intervenção, nomeadamente, a periodicidade, a intensidade e a frequência. Os estudos têm demonstrado que a intervenção deve ser suficientemente continuada e duradoura para garantir a consolidação e manutenção dos ganhos (Alves, Alves-Costa, Magalhães, Gonçalves & Sampaio, 2014; Stott & Spector, 2011). Além disso, deve basear-se na prática repetida e reiterada (Irigaray, Gomes Filho & Schneider, 2012; Pieramico, Esposito, Cesinaro, Frazzini & Sensi, 2014; Rabipour & Raz, 2012), com uma aquisição progressiva de competências, que deve fazer-se numa lógica de complexidade crescente, ajustada ao progresso e desempenho do indivíduo (Boccardi & Frisoni, 2006; Cicerone, 2002; Cicerone et al., 2000; Clare & Woods, 2004; Tsolaki et al., 2010). Desta forma, a existência de uma hierarquia de complexidade que o indivíduo vai percorrendo e que, simultaneamente, se constrói de acordo com o seu progresso, permite uma maior individualização e envolvimento.

Tem sido também validada a eficácia da utilização de alguns princípios derivados da Neuropsicologia, tais como a aprendizagem sem erro (Bertens, Fasotti, Boelen & Kessels,

2013; Boccardi & Frisoni, 2006; Kessels & Haan, 2003; Mimura & Komatsu, 2007), a aprendizagem espaçada e o desvanecimento de pistas (Boccardi & Frisoni, 2006; Mimura & Komatsu, 2007). De um modo geral, num processo de RNC, deve minimizar-se a ocorrência de erro, fornecer pistas e ajudas que vão sendo progressivamente retiradas à medida que o indivíduo incrementa o seu desempenho, e realizar uma evocação da informação adquirida progressivamente mais espaçada e menos estruturada. Isto permite um ambiente terapêutico mais motivador e que potencia a consolidação dos ganhos. No decorrer deste processo é fulcral fornecer feedback e reforço imediatos e constantes ao paciente.

Quanto às tarefas utilizadas na RNC, é importante que estas sejam motivadoras e ecológicas, o mais próximas possível ao contexto de vida real do indivíduo, para um maior potencial de generalização e transferência dos ganhos (Belleville et al., 2006; Chantsoulis, Mirski, Rasmus, Kroptov & Pachalska, 2015; Stott & Spector, 2011). A intervenção deve passar, assim, pelo treino de estratégias aplicáveis à vida diária, que permitam incrementar e otimizar o funcionamento cognitivo, mas também auxiliar na gestão das dificuldades que advêm dos défices (Boccardi & Frisoni, 2006). Para que tal seja possível, diversos investigadores e clínicos têm investido na criação de materiais eficazes para a RNC, desde manuais a cadernos de exercícios e, mais recentemente, recorrendo às tecnologias. Apresentamos, de seguida, alguns dos principais projetos que têm surgido neste âmbito.

4. Do papel e lápis à realidade virtual: materiais de Reabilitação Neurocognitiva

No sentido de potenciar a eficácia da RNC e permitir que os ganhos obtidos se generalizem e transfiram para a vida diária dos indivíduos, tem existido um esforço crescente na criação de metodologias ecológicas para a intervenção. Os instrumentos ecológicos caracterizam-se pela administração de tarefas com exigências cognitivas semelhantes às observadas nas situações de vida diária (Zimmermann, Cardoso, Kochhann, Jacobsen & Fonseca, 2014), permitindo assim uma maior generalização e transferência dos ganhos. De facto, a importância de considerar o contexto natural de vida do paciente, durante o processo de reabilitação, é um debate com longa tradição na literatura científica (Prigatano, 1999; Wilson, 1997). Wilson e colaboradores (2009) sugeriram que a RN deve enfatizar as atividades de vida diária (AVDs) em detrimento de protocolos de treino e estimulação estandardizados, que apresentam um baixo potencial de generalização dos

resultados terapêuticos. Este postulado tem vindo a ser demonstrado por estudos empíricos, que demonstram a eficácia de programas de RN com elevada validade ecológica, por oposição a protocolos de treino abstrato e estandardizado (Loschiavo-Alvares et al., 2011; Walker et al., 2012). No entanto, para a criação deste tipo de metodologias é necessário, por um lado, uma abordagem teórica integradora para a RNC e, por outro, a existência de diretrizes fundamentadas para a criação e utilização das tarefas e exercícios de estimulação. A realidade atual é marcada, ainda, por uma seleção e adequação das metodologias que carece de diretrizes sobre como parametrizar as tarefas. A RNC continua a ser maioritariamente aplicada de acordo com a experiência do profissional de saúde, baseando-se numa seleção subjetiva de tarefas que podem não estar ajustadas às necessidades cognitivas específicas dos pacientes (Faria, Pinho & i Badia, 2016).

É neste contexto que se tem verificado uma produção crescente no âmbito da criação de programas e materiais para a RNC, com destaque para ferramentas que utilizam as novas tecnologias. O recurso aos dispositivos tecnológicos encontra-se já disseminado, no panorama internacional, sendo o seu uso recomendado. Temos vindo a assistir a um crescimento de plataformas, websites e aplicações no contexto da RNC, tais como o Rehacom, o Training NeuroPsicologico, o Smartbrain e o Thinkable (Miguel & Amaro da Luz, 2015).

Mais recentemente, surgiu uma nova aplicação das tecnologias à RNC: a realidade virtual (RV). A RV é definida como uma “forma de interface humano-computador que permite ao utilizador interagir com e ficar imerso num ambiente gerado pelo computador de uma forma naturalista” (Schultheis & Rizzo, 2001, p. 210). Dado o potencial dos ambientes virtuais (AVs) para criar situações análogas às do contexto de vida real, bem como de maximizar a intensidade e personalizar os parâmetros da RNC, tem-se verificado um interesse crescente no desenvolvimento deste tipo de metodologias (Cardoso et al., 2004). Das várias vantagens deste tipo de ferramenta, destaca-se possibilidade de adaptar os parâmetros das tarefas e os níveis de dificuldade, o que, por sua vez, aumenta a especificidade do treino e a motivação (Faria et al., 2016). A RV permite ainda a realização dos exercícios de estimulação à distância e a continuação do programa no contexto domiciliário, bem como uma monitorização próxima e imediata do desempenho (Dores, Carvalho et al., 2012). Neste sentido, têm sido criados diversos AVs, tais como supermercados (Josman et al., 2014), salas de aula (Rizzo et al., 2002) e escritórios (Schultheis & Rizzo, 2002), que permitem atividades virtuais de simulação da vida real, tais como fazer compras ou ir ao teatro (Mendes, 2010). Existem, ainda, ambientes não-

imersivos de open-source que constituem espaços on-line, cujos utilizadores são representados por avatares. Estes espaços, além de serem frequentemente utilizados no ensino de certas competências e conhecimentos, permitem simulações aplicáveis em áreas clínicas e sociais (Mendes, Barbosa & Reis, 2013). De referir, também, a existência do que se denomina por *jogos sérios* (*serious games*), que se podem definir como jogos que envolvem o utilizador mas que, apesar da sua natureza lúdica, contribuem para atingir um propósito definido que vai para além do entretenimento. Estes jogos têm vindo a ser utilizados na RNC, permitindo ajustar parâmetros, monitorizar e fornecer feedback do desempenho (Dores et al., 2011).

Esta área de investigação, em franca expansão, tem vindo a ser apontada por vários investigadores como a alternativa às tarefas de papel e lápis (Faria et al., 2016). No entanto, mais do que o tipo de suporte utilizado nas tarefas de RNC, importa, sim, que estas, sejam em formato papel e lápis, digital ou virtual, beneficiem de um adequado suporte empírico e se adequem aos contextos de intervenção específicos e às populações-alvo. Neste estudo procuramos perceber, em concreto, quais as particularidades do contexto português de RN. Para tal apresentaremos, de seguida, alguns dos estudos empíricos e materiais de RNC que têm origem no contexto português. Procuraremos, ainda, caracterizar o panorama português de reabilitação, a nível dos contextos de saúde e das necessidades das populações.

5. Recursos para a Reabilitação Neurocognitiva no contexto português

No panorama científico português também têm sido desenvolvidos vários projetos de ferramentas e materiais para a RNC, a maioria destes centrados na RV (Dores, Guerreiro, Almeida & Castro-Caldas, 2007; Dores, Guerreiro, Almeida & Castro-Caldas, 2008). Cardoso e colaboradores (2004) criaram um programa que consiste na compra de mercadorias num supermercado virtual, com um treino que possui cinco níveis de complexidade, permitindo a estimulação de vários domínios cognitivos. Dores, Carvalho e colaboradores (2012) construíram o CARP-VR (*Computer-assisted rehabilitation program-virtual reality*) que possui dois AVs distintos: o primeiro, uma casa e, o segundo, um parque de estacionamento e supermercado. Nestes cenários, os indivíduos têm de resolver diferentes tarefas de complexidade crescente, trabalhando domínios como o reconhecimento, ordenação e resolução de problemas. Mendes e colaboradores (2013)

criaram o VICERAVI, uma plataforma de simulação do ambiente e de utilizador com um sistema não imersivo. Trata-se de um centro de reabilitação virtual, onde são programados jogos sérios de treino específico do FE, linguagem, atenção e memória. Esta plataforma está inserida no programa NEP-UM, que envolve profissionais e pacientes, num processo de reabilitação cognitiva.

Uma exploração da literatura científica portuguesa no domínio dos materiais de RNC, permite concluir que a RV tem sido o núcleo das atenções. No entanto, embora de utilidade indubitável, este tipo de metodologia também apresenta desvantagens, tais como a complexidade inerente ao seu desenvolvimento (tanto em termos científicos, como de recursos humanos e tecnológicos) e os custos associados, quer no desenvolvimento dos programas quer no seu custo final para o consumidor (Dores, Barbosa et al., 2012). Por contraponto, os materiais de papel e lápis portugueses publicados, tais como o de Nunes e Pais (2006) para a DA, são escassos e específicos a determinadas populações-alvo. Do que pudemos apurar, são escassos os estudos científicos que visam a construção de materiais nesta tipologia, de uma forma fundamentada e passíveis de serem utilizados eficazmente pelos profissionais em programas de RN. Para além disso, estes materiais fornecem, geralmente, exercícios avulso, muitas vezes com pouca validade ecológica e sem fundamentação teórica ou informações clínicas aos profissionais, que possam sustentar e dirigir a prática clínica.

Importa, assim, debater a oferta e adequação dos materiais de RNC existentes para o contexto português. Embora exista um grande investimento na criação de ferramentas com recurso à RV, deve esta passar a ser o foco da RNC? Respondem este tipo de metodologias às necessidades atuais dos contextos clínicos de RN portugueses?

5.1. A (des)adequação dos recursos da Reabilitação Neurocognitiva no panorama português

O contexto português é marcado por características demográficas como o crescente envelhecimento populacional (INE, 2012), que constitui, por sua vez, o principal fator de risco para o aumento da incidência de demências (Camara et al., 2009). As estatísticas apontam para 153,000 pessoas com demência em Portugal (Alzheimer Portugal, 2009). Considerando que a população demenciada é, por tendência, a população idosa, dados demonstram, também, que esta população é ainda pouco escolarizada, com taxas de analfabetismo superiores às da média europeia (Botelho, 2016; INE, 2012). Por outro lado verifica-se, no contexto português, um crescimento do número de pessoas com deficiências

e incapacidades adquiridas ao longo da vida, principalmente decorrentes de AVC e de TCE (Guerreiro et al., 2009). A conjugação destes dados permite delinear um panorama muito específico das características demográficas da população que acede, ou poderá aceder, aos serviços de RN no contexto português. A baixa escolaridade e a conjuntura económica atual do país, sugerem que o recurso às tecnologias, principalmente a softwares complexos de custo elevado como os da RV, necessita de ser complementado com materiais de outra tipologia, nomeadamente, manuais e programas de papel e lápis.

Para além destes fatores, verifica-se que o número de unidades de reabilitação em Portugal é reduzido e a existência de serviços de RN, inseridos no Sistema Nacional de Saúde (SNS) e de acesso gratuito para os utentes ou com apoios do estado, é diminuta. Enquanto que outros países europeus contemplam programas de RN recomendados pelo SNS, como é exemplo o caso de Inglaterra com o programa de estimulação cognitiva *Making a Difference* (Spector, Thorgrimsen, Woods & Orrell, 2006), para população com demência, esta realidade ainda não chegou a Portugal. No seio do SNS, não são muitos os hospitais que contemplam serviços de RN e, para além disso, o investimento e a disponibilização de verbas para os domínios da saúde mental são bastante reduzidos (Sousa, 2006). Nas instituições onde a reabilitação é realizada não existem, muitas vezes, condições humanas e materiais para a realização de programas intensivos e holísticos, pelo que, considerando que a população com possibilidades para aceder à RN em contexto privado é apenas uma ínfima parte da população que dela necessita, é urgente considerar respostas e soluções para os contextos públicos que providenciam RN.

Face à caracterização da realidade portuguesa, o investimento em manuais de papel e lápis pode constituir uma fonte de complementaridade às metodologias virtuais, fornecendo, por um lado, informações e fundamentação teórica e clínica importantes e, por outro, tarefas terapêuticas em interação direta terapeuta-cliente. Sendo o desenvolvimento de metodologias para melhorar o funcionamento cognitivo uma prioridade de investigação (Faria et al., 2016), é necessário investir neste sentido e criar vários materiais que se complementem, visando dar resposta às necessidades existentes.

Em suma, tem-se assistido a um crescimento da investigação no domínio da RNC e, concretamente, a um crescente número de estudos empíricos que incidem na construção e validação de instrumentos. A investigação neste domínio é cada vez mais marcada pela aposta na RV e em AVs que, para além de apresentarem diversas vantagens, emergem como a resposta para um contexto que é - e será cada vez mais - marcado pela proliferação das tecnologias.

No entanto, as características da população portuguesa e, em concreto, dos contextos de saúde portugueses, alertam para a importância de responder a necessidades da conjuntura atual. Embora a RV se estabeleça como o caminho provável para o futuro da RNC, o momento presente requer, ainda, alternativas que respondam a uma população envelhecida, pouco escolarizada e a contextos de saúde ainda incapazes de suportar os custos que os programas de RV exigem. Assim, a construção de manuais em tipologia papel e lápis, que não só forneçam tarefas para o trabalho das funções cognitivas em populações com declínio a este nível, mas que também sirvam de ferramentas eficazes no auxílio da prática clínica dos profissionais, surge como uma prática necessária, em complementaridade à RV.

Neste âmbito, o presente estudo inscreve-se no contexto de um projecto, mais vasto, que visa a organização e publicação de um manual para profissionais, no domínio da reabilitação cognitiva de adultos. Manual, esse, que se pretende inovador e sensível às necessidades dos profissionais portugueses que trabalham em RN e RNC e para o qual este estudo procura contribuir, fazendo um levantamento das necessidades existentes nos contextos de prática clínica de reabilitação, junto dos seus agentes. Emerge a necessidade de conhecer a realidade da RN no contexto clínico português, captando uma visão do fenómeno a partir das perceções dos profissionais. Tal permitirá avaliar a necessidade e relevância de investir numa ferramenta deste tipo - num contexto cada vez mais voltado para a criação de programas virtuais - e delinear diretrizes e recomendações para que este manual se constitua como uma ferramenta pertinente e eficaz.

Estudo Empírico

1. Introdução

Um dos grandes impulsionadores para a realização do presente estudo prende-se com a iniciativa de publicação de um livro de RN, dirigido aos profissionais no domínio, resultante da compilação de exercícios e atividades de estimulação cognitiva desenvolvidas no contexto do Serviço de Consulta de Neuropsicologia da FPCEUP. Com base na prática clínica e na investigação realizada pela equipa deste Serviço de Consulta, vários programas de estimulação cognitiva com base em exercícios de papel e lápis, e dirigidos a adultos e idosos, têm sido testados quanto à sua eficácia (e.g., Eureka Seniores, Chousa, 2014; CereBest, Fernandes, 2015). Tal conduziu à ideia de lançar, no mercado, um manual com uma estrutura diferente e inovadora relativamente aos atualmente disponíveis, e que fosse ao encontro das necessidades dos profissionais no domínio. Para tal, pareceu-nos fundamental realizar um levantamento de necessidades com as quais os profissionais se confrontam no terreno, e de proceder a uma caracterização da prática de RN em contexto português. Assumimos, como premissa de base, que o levantamento desta informação seria um contributo essencial para a organização do manual que se pretende publicar, pelo que adotaremos, no presente estudo, uma metodologia de cariz qualitativo para nos auxiliar nesta missão.

Embora a utilização de metodologias de cariz quantitativo seja importante no estudo da RN, e da avaliação da sua eficácia, estas não devem, contudo, ser consideradas a única abordagem possível dada a complexidade do objeto em estudo (Wilson et al., 2009). Para compreender, de modo aprofundado, algumas dimensões da prática clínica, torna-se fulcral abrir espaço às metodologias de cariz qualitativo.

De facto, as metodologias qualitativas têm assumido relevo na área da saúde, sendo visível o crescimento de estudos desta natureza (Turato, 2005). Qualquer intervenção está impregnada de fatores e variáveis humanas, pelo que, para ir ao encontro das necessidades das populações clínicas a que a intervenção se destina, é necessário fazer o levantamento dessas mesmas necessidades. É também imprescindível monitorizar o ajustamento das metodologias de intervenção e dos programas aos objetivos preconizados. Neste cenário, as metodologias qualitativas permitem a compreensão do fenómeno (Nogueira-Martins & Bógus, 2004).

No presente estudo, com a utilização de uma metodologia qualitativa pretendemos, especificamente, aceder ao fenómeno da prática clínica de RN. Trata-se de compreender as dinâmicas e condicionantes do contexto, dar voz aos seus agentes e aceder às suas narrativas. Em sùmula, procura-se recolher informação junto de profissionais de RN que permita descrever e compreender como se caracteriza a prática clínica em contexto português e, deste modo, delinear estratégias e construir materiais de reabilitação eficazes e concordantes com as necessidades sentidas.

2. Objetivos do estudo

São objetivos do presente estudo:

1. Explorar as perceções dos profissionais acerca da prática clínica de RN, em termos dos seus objetivos, eficácia e, por contraponto, das limitações encontradas e necessidades sentidas;
2. Compreender e caracterizar a atuação dos profissionais no seu contexto de prática clínica, em termos dos objetivos e estratégias de intervenção e das metodologias teórico-práticas utilizadas, nomeadamente no recurso a materiais e ferramentas;
3. Identificar os materiais de RN utilizados na prática clínica pelos profissionais e auscultar as suas opiniões em termos da sua oferta e acessibilidade, qualidade, e limitações;
4. Realizar um levantamento de diretrizes e orientações, propostas pelos profissionais a partir da sua experiência clínica, para a construção de um manual de RN.

3. Método

3.1. Participantes

A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, tendo-se definido como critérios de inclusão o serem profissionais com formação em Psicologia e com experiência clínica na área da RN. Todos os oito participantes recrutados para o estudo exercem prática clínica na área metropolitana do Porto, sendo sete do sexo feminino e apresentando uma média de idades de 34.38 anos ($DP = 8.98$, amplitude = 24-46). Relativamente à área de

residência, metade dos participantes reside em áreas urbanas e a outra metade em áreas suburbanas. No entanto, no que diz respeito à área de exercício da atividade clínica, a maioria dos participantes ($n = 6$) trabalha nas áreas urbanas do Porto e Vila Nova de Gaia e os restantes na área suburbana de Vila Nova de Gaia.

Relativamente à formação, todos os participantes têm a Psicologia como formação de base. Cinco dos participantes têm mestrado em Psicologia, um uma licenciatura pré-bolonha, e dois realizaram doutoramento em Psicologia. Dois participantes realizaram também pós-graduações, sendo uma delas em Neuropsicologia. Quanto à instituição em que desenvolvem a prática clínica de RN, cinco fazem-no em instituições semipúblicas, dois dividem a prática clínica entre instituições públicas e privadas e apenas um trabalha exclusivamente em contexto privado. Os participantes têm uma média de anos de experiência em RN de 8.13 anos ($DP = 5.19$; amplitude = 1-15). De salientar que dois destes profissionais estão, atualmente, desligados da prática clínica de RN e se encontram em meios académicos, produzindo investigação no domínio da RN. Quanto às populações clínicas-alvo, a LCA e as demências são aquelas com as quais trabalham maioritariamente (cf. Anexo 1).

3.2. Material

Realizaram-se entrevistas semiestruturadas aos participantes no estudo. Este tipo de entrevista permite uma fala espontânea orquestrada de forma relativamente livre pelos participantes, ainda que com um guião orientador. Este guião ajuda a dirigir a entrevista e a centrá-la nos tópicos-alvo, procurando assim dar resposta às questões de investigação sem, no entanto, limitar ou restringir o contributo dos participantes. Deste modo, há flexibilidade e abertura ao discurso do entrevistado embora controlando eventuais desvios dos tópicos em análise (Patton, 2002).

O guião da entrevista foi construído de raiz, dada a especificidade dos objetivos a que nos propomos (cf. Anexo 2). Para além das informações sociodemográficas, a entrevista foi organizada em cinco partes: (1) enquadramento inicial, em que se procede a uma caracterização breve do tipo de atuação do profissional em termos do tempo de experiência em RN, tipo de instituição em que desenvolve a atividade clínica, populações-alvo e breve descrição do tipo de trabalho realizado; (2) foco na prática clínica de RN: objetivos, eficácia e fatores que a determinam; e, simultaneamente, as necessidades e limitações na ótica de cada profissional; (3) metodologias de intervenção utilizadas e sua fundamentação teórica; (4) materiais que auxiliam a prática clínica: que tipos de materiais

são utilizados, qual a sua utilidade, como classificam a oferta e acessibilidade aos mesmos, e qual a pertinência da criação de novos materiais; e (5) exploram-se ainda diretrizes para a construção de um manual RN, e recolhem-se opiniões sobre os princípios, estruturação, e conteúdos que este deve contemplar.

3.3. Procedimento

As entrevistas realizaram-se individualmente e tiveram uma duração média de 40 minutos. Explicaram-se os objetivos do estudo e assegurou-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Todos os participantes assinaram uma declaração de consentimento informado (cf. Anexo 3), na qual permitiam a gravação da entrevista em suporte áudio, para posterior transcrição integral.

Relativamente à análise e tratamento dos dados, foi realizada uma análise de conteúdo manual das transcrições das entrevistas. Utilizou-se este tipo de procedimento tendo por objetivo aceder aos significados e à experiência dos participantes, uma vez que este se apresenta como a melhor alternativa quando se pretende estudar valores, opiniões, atitudes e crenças com base em dados qualitativos (Bardin, 2011).

Entende-se por análise de conteúdo um conjunto de técnicas de análise de comunicações que tem como objetivo enriquecer a leitura dos dados recolhidos (Bardin, 2011) e “compreender criticamente o sentido das comunicações, o seu conteúdo manifesto e latente, as significações explícitas ou ocultas” (Chizzotti, 2006, p. 98). Geralmente é um procedimento aplicado para analisar material textual, como notas de campo, diários de pesquisa ou entrevistas.

Neste tipo de metodologia, obtêm-se dados brutos que são, neste caso, o conteúdo global das entrevistas e, por meio de uma determinada técnica de análise, aprofundam-se esses dados para se conseguir atingir o significado implícito e holístico. Neste estudo a técnica de análise de conteúdo usada foi a análise categorial temática, realizada ao longo de três fases ou momentos: (i) pré-análise; (ii) exploração do material; e (iii) tratamento dos resultados, inferência, e interpretação (cf. Bardin, 2011).

Na fase da pré-análise, procedeu-se à organização do material obtido com o objetivo de o tornar operacional, sistematizando as ideias principais, pelo que se procedeu à leitura das transcrições das entrevistas, emergindo dos excertos do texto indicadores salientes. Por sua vez, na fase da exploração do material, este foi submetido a um estudo aprofundado orientado pelos objetivos do estudo e pelo guião da entrevista. A partir desta análise foi definido um sistema de categorias que se operacionalizou numa grelha (cf. Anexo 4). Ou

seja, da leitura das entrevistas emergiram categorias temáticas principais e, dentro destas, subcategorias, mutuamente exclusivas. Bardin (2011) define as categorias como “rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (...) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos” (p. 145). Cada entrevista foi analisada procurando encontrar unidades de registo, ou seja, excertos com significado, que foram codificados e inseridos na subcategoria correspondente. Para validação da grelha construída, realizou-se uma análise intercodificadores, na qual dois investigadores externos procederam à cotação de uma entrevista a partir da grelha para averiguar possíveis discordâncias e validar a grelha e a sua fiabilidade.

Por fim, procedeu-se ao tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Nesta fase, analisaram-se os excertos já codificados nas subcategorias, condensando-se a informação e realizando, a partir dela, interpretações inferenciais para análise reflexiva e crítica. Estes resultados serão apresentados de seguida.

4. Resultados e Discussão

Proceder-se-á à integração dos dados recolhidos e analisados com a literatura no domínio, tendo sempre por referência os objetivos que foram delineados no âmbito do presente estudo. A apresentação e discussão dos resultados seguirá a ordem das categorias que emergiram do processo de análise de conteúdo: (i) RN: contexto clínico; (ii) metodologia de intervenção; (iii) materiais de RN; (iv) diretrizes para a construção de um manual para profissionais. Quanto às subcategorias, foram ajustadas e, nalguns casos, condensadas para facilitar a integração dos resultados e a sua compreensão. Procurar-se-á, sempre que possível, ilustrar os resultados com o discurso dos profissionais entrevistados.

4.1. Contexto clínico. *Reabilitação Neuropsicológica: o quê?*

As perceções e significados emergentes relativamente ao contexto e prática clínica em RN surgem claramente interligados ao contexto de atuação de cada profissional, resultando por isso num panorama de alguma heterogeneidade. No entanto, é também possível extrair vários pontos de concordância entre os participantes, que surgem como os aspetos mais salientes e permitem caracterizar a forma como a prática clínica de RN é perspectivada pelos profissionais.

4.1.1. Objetivos e ganhos: (re)habilitar e (re)integrar

Do discurso dos profissionais entrevistados é possível concluir que os objetivos do processo de RN são estabelecidos em estreita colaboração com o paciente e os familiares, no sentido de responsabilizar e autonomizar no processo: *“os objetivos são sempre estabelecidos com a pessoa e com a família”* (A.I., 36 anos). Esta articulação e envolvimento, cada vez mais adotados e advogados na prática clínica de RN (Wilson et al., 2009), são defendidos como um dos princípios centrais da reabilitação, o do trabalho conjunto da pessoa, da família e do terapeuta sendo um processo que *“se leva a cabo com a máxima participação da pessoa e mediante mútuo acordo”* (Lasprilla, 2006, p. 3). As narrativas dos profissionais culminam em quatro propósitos centrais da reabilitação: (i) melhoria do funcionamento cognitivo; (ii) incremento da funcionalidade e autonomia; (iii) melhoria da qualidade de vida e do bem-estar; (iv) reintegração social.

Um processo de RN passa, primeiramente, por determinar o perfil cognitivo do paciente, no qual se estabelecem os domínios cognitivos deficitários e os que estão preservados (Lezak, 2004). Mediante este perfil, e considerando as prioridades do próprio paciente, estabelecem-se objetivos no sentido de restaurar ou compensar os défices existentes. O primeiro objetivo passa pela melhoria do funcionamento cognitivo: *“A estimulação direta das funções cognitivas”* (C.B., 24 anos); *“Os objetivos, neste tipo de contexto (...) tentar que haja algum ganho mais evidente em termos cognitivos”* (M.L., 32 anos).

No entanto, procura-se também que as alterações a nível cognitivo não se reduzam à melhoria do desempenho observável na realização de tarefas ou de provas de avaliação neuropsicológica, mas que se generalize, transfira e mantenha. Pretende-se que os ganhos adquiridos no contexto terapêutico se transfiram para o contexto de vida real: *“O que importa é também que essas melhorias perdurem no tempo (...) E que se consiga também a transferência para os contextos de vida”* (G.S., 44 anos). De facto, a RN deve procurar uma otimização da funcionalidade e diminuição das dificuldades na realização das AVDs, não devendo focar-se apenas na melhoria dos défices mas também nas metas e resultados que o paciente possa alcançar a nível funcional (Lasprilla, 2006).

Deste modo, o segundo objetivo é o incremento da funcionalidade e da autonomia: *“A associação ao compromisso funcional. Portanto, se houver compromisso funcional, fazer com que esta estimulação seja também direccionada nesse sentido. Na diminuição das dificuldades do dia a dia da pessoa”* (F.V., 24 anos). Este objetivo coaduna-se com o que Wilson (1991) apontou como o objetivo central da RN: reduzir as consequências dos

défices cognitivos na vida diária e reduzir o grau em que estes défices impedem o funcionamento do indivíduo no seu contexto social. Neste sentido, procura-se otimizar o funcionamento do paciente, ao diminuir as dificuldades e potenciar a capacidade de realizar as AVDs de forma autónoma: *“Muito para aquilo que a pessoa está a pedir e os pedidos normalmente são em termos de funcionalidade. Não consigo cozinhar (...) não consigo vestir-me sozinho, não consigo tomar banho”* (A.I., 36 anos). De facto, a RN caracteriza-se pela “aplicação de procedimentos e técnicas e a utilização de apoios com vista a que a pessoa com défices cognitivos possa retomar de maneira segura, produtiva e independente às suas atividades quotidianas” (Lasprilla, 2006, p. 2).

Esta independência e autonomia permitem ainda a concretização de um outro objetivo subsequente, que é o da melhoria da qualidade de vida e do bem-estar: *“O principal objetivo era elevar a qualidade de vida para um nível tão ótimo quanto possível”* (B.F., 46 anos). Procura-se apoiar o paciente na *“reconstrução da identidade”* (G.S., 44 anos) e do projeto de vida, procurando, em última instância, uma participação ativa na sociedade, mediante uma reintegração social e até profissional:

“A pessoa é reabilitada, não é para estar sozinha. A pessoa é reabilitada para se reintegrar na sua família, na sociedade, se possível, num emprego” (B.F., 46 anos).

“Nós queremos apoiar as pessoas a terem uma participação mais ativa” (G.S., 44 anos).

Do discurso dos profissionais resulta que estes objetivos, que guiam o processo de intervenção, se traduzem geralmente em ganhos correspondentes. Através dos dados da avaliação neuropsicológica ao longo e no final do processo e da observação clínica que é realizada, verifica-se que a intervenção se traduz numa melhoria do funcionamento cognitivo: *“A pessoa melhora em medidas de atenção, em medidas de memória, em medidas de linguagem, em medidas de funcionamento executivo”* (B.F., 46 anos). Este ganho traduz-se, quer num retorno ao funcionamento cognitivo prévio, quer numa diminuição dos défices: *“Nós conseguimos que, em muitos casos, as pessoas revertam ao funcionamento que tinham antes de terem tido a lesão. E, ou então, que revertam para um funcionamento normativo tendo em conta a sua idade, escolaridade”* (M.H., 27 anos). É referida ainda a melhoria da funcionalidade e da autonomia, que se reflete numa diminuição das dificuldades e na capacidade de executar as AVDs de forma mais funcional e autónoma:

“Eu acho que o principal ganho que as pessoas têm e que as pessoas também sentem é, de facto, as melhorias no dia a dia. Porque uma coisa é cá na consulta, ok, já consigo memorizar melhor uma lista de palavras (...) mas depois no dia a dia o que as pessoas nos comentam é ‘ah, porque eu agora, já a falar, já não tenho tanto aqueles bloqueios, às vezes a olhar para as coisas já não tenho

dificuldades em dizer o nome, até já conheço bem as pessoas que vejo na rua, já não tenho aquelas dificuldades que tinha antes” (F.V., 24 anos).

Este ganho de autonomia surge associado a uma capacidade de o indivíduo se responsabilizar pela manutenção dos ganhos obtidos, implementando uma rotina mais ativa e estimulando-se a si próprio: *“Ela está mais interessada, mais alerta, fala mais, é mais responsiva, tenta estimular-se a ela própria mais, fazer mais sopas de letras. Como nós implementamos, no fundo, uma rotina. A pessoa acaba por interiorizar”* (M.H., 27 anos). Isto permite uma maior capacidade de adaptação e de gestão das dificuldades, através da aquisição de diversas estratégias que são, posteriormente, extrapoláveis para o contexto de vida diária da pessoa, e lhe permitem colmatar as dificuldades e adaptar-se às exigências quotidianas: *“Alguma capacidade de aquisição de estratégias que as ajudam a lidar melhor com as limitações que têm”* (M.H., 27 anos). De um modo geral, estes ganhos permitem a obtenção de um maior bem-estar emocional e psicológico e de uma maior qualidade de vida: *“Com o ganho de autonomia há ganho de confiança também, orientação mais para a competência e menos para a dificuldade. Criar oportunidades de futuro que sejam ajustadas à condição atual”* (G.S., 44 anos).

Estes aspetos enumerados pelos profissionais são concordantes com a literatura científica, que aponta como benefícios da reabilitação, a melhoria do funcionamento cognitivo, melhoria do desempenho nas AVDs, manutenção da autonomia por um período de tempo mais prolongado, diminuição da sobrecarga dos cuidadores e / ou familiares, facilitação da interação social e melhoria da qualidade de vida (Alves et al., 2014; Belleville et al., 2006; Cicerone et al., 2008; de Noreña et al., 2010; Guerreiro et al., 2009; Jean et al., 2010; Pieramico et al., 2014; Sousa & Sequeira, 2012; Tsolaki et al., 2010).

4.1.2. Do que falamos quando falamos em eficácia em Reabilitação Neuropsicológica?

Os ganhos supracitados, que são observados pelos profissionais nos seus contextos, fazem com que a RN seja percebida como uma intervenção eficaz: *“Tendo em conta aquilo que eu tenho vindo a observar (...) realmente a reabilitação tem eficácia. Há, de facto, melhorias, algumas mais evidentes, outras mais subtis”* (F.V., 24 anos). No entanto, estes ganhos não surgem de forma linear e a eficácia é dependente de diversos fatores. Salienta-se a necessidade de adequação da intervenção para que esta possa produzir os efeitos pretendidos: *“Acho que é difícil nós dizermos se a reabilitação é ou não eficaz, porque ela é eficaz em alguns casos, noutros casos não é eficaz, e noutros casos, não é não ser eficaz,*

mas muitas vezes não se justifica. Porque aquilo que traz de novo, não é significativo na vida da pessoa” (M.H., 27 anos). Relativamente às condicionantes que determinam a eficácia da reabilitação, emergem fatores relativos ao paciente, à intervenção e ao terapeuta.

No que diz respeito ao paciente são condicionantes da eficácia: (i) quadro clínico e perfil cognitivo do paciente; (ii) características individuais do paciente; (iii) motivação para integrar o programa de intervenção; (iv) suporte social e familiar.

Os profissionais consideram que o quadro clínico que o paciente apresenta é determinante para a eficácia conseguida com a intervenção: *“Eu considero que é eficaz dependendo da patologia em que estamos a intervir”* (C.B., 24 anos). Neste sentido, o tipo de patologia em questão, a severidade e a fase de evolução da condição neuropsicológica determinam a eficácia. Esta parece ser potenciada nos casos de LCA, de défices ligeiros e em fases mais precoces. Contrariamente, a eficácia é diminuída nas doenças neurodegenerativas, principalmente em fases mais avançadas:

“Acho que os maiores benefícios são nas lesões adquiridas, como TCEs ou AVCs, em que a plasticidade cerebral é muito maior, e em que a intervenção realmente vai-se verificar numa melhoria das funções cognitivas” (C.B., 24 anos).

“Se for neurodegenerativa, já se sabe que o curso é progressivo e que só em fases muito iniciais é que há algum aproveitamento e é que há algum benefício da realização da reabilitação” (M.H., 27 anos).

De facto, o quadro clínico apresentado e, acima de tudo, o perfil cognitivo de cada paciente, apresentam enorme variabilidade e nessa variabilidade reside também o potencial de eficácia da intervenção (Lasprilla, 2006).

Para além da própria patologia, as características individuais e idiossincráticas de cada paciente, tais como o nível de escolaridade, a idade ou características de personalidade também influenciam a eficácia do processo: *“É relativamente comum pessoas que têm um quadro orgânico muito similar, portanto, que têm o mesmo perfil de lesão cerebral, disfunção cerebral, evoluírem de uma forma diferente no programa de reabilitação. E o que explica isto são características individuais, características de personalidade, características emocionais e afetivas”* (B.F., 46 anos).

Ainda no que concerne ao paciente, é referida a sua motivação para a mudança e para a inserção num processo de reabilitação: *“A motivação, que a pessoa que está a fazer a intervenção tem (...) Porque quanto maior for o envolvimento, maior é o empenho, e, pronto, maior é o interesse também, e daí os resultados serem também mais simples de potenciar, há uma maior potenciação dos resultados”* (F.V., 24 anos). É referida ainda a

importância do suporte social e familiar, sendo que os recursos e o apoio de que o paciente beneficia nos seus contextos de vida são considerados potenciadores dos ganhos da intervenção: *“A questão das famílias, por exemplo, também é muito importante, o tipo de envolvimento que as famílias têm, se ajudam, se não ajudam, se monitorizam a realização dos exercícios em casa, se lembram, se se importam, se querem saber, se valorizam”* (M.H., 27 anos). De facto, a intervenção não ocorre no vácuo, e para que os ganhos se traduzam numa melhoria da funcionalidade diária e da qualidade de vida, é necessário que existam condições contextuais, sociais e familiares adequadas (Lasprilla, 2006).

Relativamente aos fatores da própria intervenção, são referidos: (i) a validade ecológica e adequação das metodologias de intervenção; (ii) os parâmetros da intervenção (intensidade, precocidade e duração).

Importa, primeiramente, que a intervenção considere não somente o padrão de défices do indivíduo mas também as suas características, potencialidades, interesses e demais idiosincrasias. Para isso, é necessário utilizar tarefas e exercícios com validade ecológica, que se aproximem o mais possível da realidade do indivíduo, o que potencia a eficácia e incrementa a motivação do paciente:

“O tipo de intervenção que é feita também contribui muito para a eficácia, e eu acho que as intervenções mais ecológicas, mais dirigidas para o dia a dia da pessoa, são muito mais vantajosas e muito mais aceites pelas pessoas e isso também aumenta a eficácia” (M.H., 27 anos).

“Se for 5um conjunto de exercícios com maior validade ecológica, com ligação às dificuldades reais da pessoa, baseados na resolução de problemas, centrado na resolução de problemas do dia a dia, a eficácia é bastante maior” (B.F., 46 anos).

Estes resultados são validados pelos estudos científicos, que têm demonstrado a eficácia de metodologias ecológicas, por oposição a protocolos de treino mais abstrato e estandardizado (Loschiavo-Alvares et al., 2011; Walker et al., 2012).

A eficácia também é determinada, na perceção dos participantes, pelos parâmetros da intervenção. Esta deve ser intensiva, precoce e com uma duração adequada para permitir a consolidação e manutenção dos ganhos, algo que também tem vindo a ser demonstrado pelos estudos científicos (Alves et al., 2014; Pieramico et al., 2014; Rabipour & Raz, 2012; Stott & Spector, 2011).

“Acho que essa é uma questão importante, para conseguir mudar, criar mudança, é que haja intensidade” (G.S., 44 anos).

“A precocidade da intervenção permite que haja mais ganhos” (A.I., 36 anos).

“A durabilidade das intervenções. Porque, de facto, as pessoas acabam por precisar, à semelhança do que acontece nos contextos de reabilitação física” (A.I., 36 anos).

O último fator condicionante da eficácia é o terapeuta - *“Eu sou um apologista de que o terapeuta é um elemento-chave no sucesso da Reabilitação Neuropsicológica”* (B.F., 46 anos) - na capacidade de potenciar a motivação do paciente, de construir uma relação terapêutica sólida e da importância desta relação e desta interação no processo de intervenção: *“A confiança que é depositada no terapeuta, o elo, a relação que se estabelece com o terapeuta, isto está demonstrado que tem peso no sucesso da reabilitação”* (B.F., 46 anos). Apesar de a RN ter um caráter mais diretivo, comparativamente a outras vertentes da Psicologia, não deixa de fazer-se em interação, devendo atender-se à importância da relação terapêutica. É esta relação que permite potenciar a adesão, o envolvimento e a motivação do paciente no processo (Pontes & Hübner, 2008) sendo que nenhuma metodologia ou ferramenta são suficientes, por si só, e devem sempre ser aplicadas num contexto de interação terapêutica. Neste sentido, importa compreender qual é o papel do psicólogo num processo de RN, o que apresentaremos de seguida.

4.1.3. Papel do psicólogo: “A Reabilitação Neuropsicológica não é uma intervenção que possa ser feita por qualquer psicólogo”

Tendo em conta que a RN é uma intervenção específica, os profissionais consideram que deve existir uma formação especializada no domínio: *“A Reabilitação Neuropsicológica não é uma intervenção psicoterapêutica que possa ser feita por qualquer psicólogo, portanto, deve haver alguma especialização, é preciso ter algum conhecimento sobre os substratos anatómicos, sobre as patologias, sobre as principais manifestações, sobre o tipo de estratégias a utilizar”* (M.H., 27 anos). De facto, a RN é uma área de intervenção que implica a articulação e o domínio de conhecimentos diversos: de neurologia e neuropatologia, neuropsicologia cognitiva, psicologia clínica, entre outras, pelo que há uma necessidade de compreender em profundidade os processos cognitivos e o comportamento humano (Andrewes, 2015) e, também, de dominar estratégias e métodos de intervenção adequados e eficazes. Em consequência, os profissionais consideram que deveria existir uma formação especializada que habilitasse o profissional à prática de RN, sendo que esta deveria estar inserida no ensino superior em Psicologia, enquanto subespecialidade da mesma. Já começam a surgir em Portugal algumas formações e pós-graduações em Neuropsicologia, mas os sistemas de ensino não englobam ainda esta área como subespecialidade da Psicologia, não existindo ainda um investimento na formação de profissionais especializados neste domínio: *“sistemas de ensino, que ainda não estão*

sensibilizados, ainda estão muito associados à velha escola da psicologia, ainda não estão muito sensíveis a estas novas vertentes que têm emergido” (M.H., 27 anos).

Compreendendo a especificidade e importância de uma formação adequada, importa caracterizar, na prática, a atividade do psicólogo em RN. Compreendemos, através dos discursos, que existe uma diferenciação clara entre os psicólogos que trabalham em centros de reabilitação, com programas de reabilitação holísticos, e os que trabalham em contextos hospitalares ou em clínicas. Os psicólogos que realizam a sua atividade clínica em centros de reabilitação, têm a sua atuação pautada por uma maior abrangência, englobando não só a intervenção ao nível da cognição, mas também ao nível emocional e psicossocial: *“Também fazemos a parte emocional, o acompanhamento psicológico, as questões mais da ansiedade, da depressão, da aceitação da condição. E as questões mais do treino cognitivo também, da reabilitação cognitiva. Portanto, nós fazemos este trabalho mais abrangente”* (A.I., 36 anos). Para além disso, o trabalho é realizado em equipa multidisciplinar, com articulação com outros profissionais como, por exemplo, fisioterapeutas ou terapeutas da fala. Há também uma maior articulação com os contextos de vida do indivíduo, por exemplo, com os locais de trabalho e formação profissional.

Por outro lado, os psicólogos que trabalham em contextos como clínicas ou hospitais, principalmente no setor público, têm uma atuação mais focada no domínio cognitivo, falando-se neste caso de RNC, não se intervindo diretamente ao nível emocional e psicossocial. No entanto, estes domínios não são relegados, havendo uma avaliação e apreciação destes fatores e, quando necessário, um encaminhamento para que outros colegas intervenham a nível emocional e psicológico: *“Se ainda houver sintomatologia depressiva e ansiosa associada, tem que se ter em consideração estas questões e, se for necessário, encaminhar até para a intervenção neste sentido”* (F.V., 24 anos). Embora a intervenção não se realize em equipa multidisciplinar há, ainda assim, um contacto com outros profissionais, como por exemplo neurologistas, através do encaminhamento ou da comunicação para ajustamento da própria intervenção: *“O trabalho é sempre feito, embora não seja em equipa multidisciplinar, nós contactamos e passamos as pessoas pelas diferentes áreas”* (C.B., 24 anos); *“Trabalhamos muito em articulação com os serviços de psiquiatria e de neurologia”* (M.L., 32 anos).

A literatura científica tem vindo a demonstrar a necessidade de a RN articular várias ciências e disciplinas, representadas na pessoa de distintos profissionais que, em articulação, trabalham para um processo de reabilitação e otimização do funcionamento do indivíduo (Abrisqueta-Gomez, 2006; Prigatano, 1999). Para além disso, segundo Wilson

(1991), a RN deve procurar não só a estimulação e melhoria ao nível cognitivo, mas também favorecer a socialização e acompanhar o indivíduo e os seus familiares na elaboração de um novo projeto de vida. Há um reconhecimento científico e clínico crescente de que as consequências cognitivas, emocionais, sociais e comportamentais da lesão cerebral estão interligadas (Wilson et al., 2009). Deste modo, tem-se vindo a defender a implementação de uma RN holística (Ben-Yishay, 2000; Cicerone et al., 2000; Cicerone et al., 2008; Guerreiro et al., 2009). Mas, existem condições, nos contextos de saúde, para fornecer este tipo de intervenção? De facto, o que se verifica é que nos contextos em que os psicólogos que trabalham em RN se movem, nem sempre estão reunidas condições para que todas as vertentes da intervenção sejam trabalhadas em simultâneo, ou para que existam equipas multidisciplinares. Os programas de natureza holística, nos quais se inserem alguns dos profissionais entrevistados, são uma realidade ainda minoritária em Portugal, com uma escassez de centros de reabilitação devidamente estruturados. Nestes contextos, é realizada uma intervenção holística, em articulação entre profissionais, contextos e dispositivos, que contrasta com a realidade hospitalar e do setor público, na qual não há profissionais nem espaços. Percebe-se, assim, que existem diversos constrangimentos de natureza estrutural na RN, que se espelham nos discursos dos profissionais, tal como apresentaremos de seguida.

4.1.4. Constrangimentos à intervenção: “um longuíssimo caminho a percorrer”

As narrativas dos vários profissionais apontam, de forma unânime e concordante, diversos constrangimentos contextuais e estruturais à prática de RN que é necessário colmatar.

Para a realização de programas de reabilitação adequados, ajustados aos objetivos e de natureza holística, é necessário que existam recursos. Estes recursos são percebidos, pelos profissionais, como escassos: “*Os recursos, são no fundo a principal limitação que nós temos na nossa atuação*” (M.H., 27 anos). Esta escassez traduz-se numa falta de apoios para potenciais beneficiários da reabilitação, na falta de materiais e ferramentas adequadas e na falta de estruturas específicas para a reabilitação. Em suma, a RN carece de um tempo e espaço próprio dentro dos contextos de saúde: “*A reabilitação precisava de um tempo próprio. De um espaço próprio*” (M.L., 32 anos). Desta forma, há uma dificuldade em realizar uma intervenção holística, adequada às necessidades dos pacientes e próxima dos seus contextos de vida, ficando, muitas vezes, reduzida à “artificialidade” e estandardização do cenário clínico:

“Eu acho que a principal limitação neste momento da Reabilitação Neuropsicológica, da Reabilitação Cognitiva, é o facto de ainda ser muito difícil nós conseguirmos aproximar-nos dos contextos reais. Por muito que se tente, ainda é um contexto artificial. Nós estamos a estimular a pessoa num contexto que é totalmente diferente daquele que é onde ela vai precisar de usar essas funções no dia a dia” (M.H., 27 anos).

Na ótica dos profissionais, se a saúde mental e a psicologia, em particular, são confrontadas com dificuldades no seu reconhecimento e validação, dificultando o investimento e a existência de apoios (Sousa, 2006), a RN confronta-se de forma ainda mais exacerbada com esta realidade: *“Se a psicologia no geral e os ramos da psicologia mais convencionais, acabam por estar um bocadinho fragilizados, então a Reabilitação Neuropsicológica ainda mais, porque é uma área recente, é uma área que está a competir neste momento com muitos instrumentos, muita tecnologia”* (M.H., 27 anos). Os profissionais salientam a existência de algum ceticismo e falta de reconhecimento e validação da área, enquanto área de atuação e intervenção eficaz: *“Eu acho que das maiores limitações que temos é que as pessoas ainda não reconhecem a Reabilitação Neuropsicológica como um programa eficaz, que realmente vai beneficiar o doente, e cujo investimento valha a pena”* (C.B., 24 anos). Este ceticismo estende-se aos próprios sistemas de ensino, o que parece justificar, em parte, a ausência de uma formação e especialização adequadas: *“Há poucos profissionais, há pouca especialização nessa área”* (M.H., 27 anos).

Neste cenário, é necessário ter, também, em conta que os programas de RN envolvem custos humanos, materiais e, muitas vezes, tecnológicos, difíceis de comportar, quer para as instituições, quer para os pacientes: *“Não é por acaso que os hospitais, de uma forma genérica, não oferecem Reabilitação Neuropsicológica. É que o custo é grande, o custo em termos de tempo, em termos de recursos humanos e económicos também (...) Depois também envolve recursos técnicos, tecnológicos, que também não são propriamente baratos”* (B.F., 46 anos).

As perceções dos profissionais apontam para um panorama português que não diverge muito do descrito por Castro-Caldas (1994) há vinte anos: o investigador associava, já nessa altura, a falta de reconhecimento e estatuto profissional da Neuropsicologia a um “erro de orientação das próprias escolas formadoras de Psicólogos” (p. 118). Para os profissionais a RN em Portugal está, ainda, numa fase embrionária, pelo que para que esta possa alcançar a meta de reconhecimento científico e clínico, há ainda um longo caminho a percorrer. Caminho no qual se insere a necessidade de mais

investimento teórico-científico e económico: “*A impressão que eu tenho é que a RN tem ainda um longuíssimo percurso a percorrer*” (B.F., 46 anos).

4.2. Metodologia. *Reabilitação Neuropsicológica: como?*

Da análise desta categoria resultam informações que permitem caracterizar a metodologia de intervenção no âmbito da RN, quer em termos dos parâmetros do programa, quer da própria abordagem de intervenção e estratégias utilizadas.

4.2.1. *Programa de intervenção*

Os programas de intervenção são marcados pela heterogeneidade, dependendo esta do contexto em que o profissional realiza a sua atividade clínica. No entanto, foi possível encontrar uma série de fatores comuns, nos vários discursos.

Em primeiro lugar, independentemente do tipo de programa e do contexto em que a RN é realizada, são estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Alguns dos critérios de inclusão que são referidos pelos profissionais são a existência de défice cognitivo, a motivação para integrar o processo de intervenção e a ausência de sintomatologia depressiva significativa. No caso de esta sintomatologia estar presente, é necessária a intervenção prévia à integração num processo de reabilitação. De um modo geral, é pesada a pertinência da intervenção para cada caso, apreciando o seu potencial benefício tendo em conta as características e idiosincrasias do paciente.

A intervenção é planeada de acordo com indicadores formais e informais, da avaliação neuropsicológica bem como de acordo com a informação relatada pelo paciente ou familiares. Esta prática é concordante com a literatura, que defende que dados isolados raramente são significativos e os testes standardizados não permitem abarcar a complexidade da problemática do paciente (Lezak, 2004). O plano de intervenção é estabelecido em estreita colaboração com o paciente e familiares, de acordo com os objetivos acordados, para que exista um envolvimento no processo. Geralmente é acordado com o paciente, também, o número e duração do ciclo de sessões. A periodicidade semanal é apontada como a geralmente utilizada nas clínicas e hospitais. Tal situação relaciona-se com constrangimentos temporais e económicos inerentes ao próprio paciente e à instituição. Em centros de reabilitação, estes parâmetros são divergentes. Normalmente é planeada uma intervenção intensiva, a tempo inteiro, englobando uma equipa multidisciplinar e diversas componentes. A duração das sessões de RNC varia entre os 45 minutos e 1 hora e meia.

Um aspeto salientado por todos os profissionais é a importância da monitorização do processo: *“E é importante fazer uma avaliação contínua a partir da reabilitação”* (C.B., 24 anos). Para isso, são feitas reavaliações, novamente com recurso a indicadores formais, a indicadores informais e à apreciação clínica que é feita no decorrer do processo. Esta monitorização permite, não só avaliar o impacto que o programa de intervenção está a ter no paciente, em termos de desempenho e em termos de funcionalidade e repercussões no quotidiano, como também realizar ajustes necessários:

“Indicadores formais, geralmente utilizávamos a avaliação neuropsicológica como uma forma de avaliar se tinha existido ou não benefício da implementação da intervenção. Mas também indicadores informais, por exemplo os familiares, as entidades patronais, os lares, centros de dia, nos quais essas pessoas estavam. Tentávamos sempre recolher o máximo de informação e ter o máximo de indicadores, para perceber se o trabalho que nós estávamos a fazer era generalizado não só aqui à consulta mas também a outros domínios” (M.H., 27 anos).

É importante que seja avaliada a eficácia produzida pelo programa de intervenção, não só em termos do desempenho e do funcionamento cognitivo, mas também em termos das repercussões na funcionalidade, na autonomia e, em última instância, na qualidade de vida e na reintegração social. Para tal, é necessário que existam medidas de validação da eficácia adequadas e que se harmonizem com os objetivos da intervenção. Os instrumentos de avaliação neuropsicológica standardizados são o tipo de medida mais frequentemente utilizada na avaliação da eficácia (Loschiavo-Alvares et al., 2011). No entanto, a aplicação isolada destes instrumentos prova ser inconsistente com os objetivos da RN, uma vez que esta deve procurar reduzir o impacto dos défices cognitivos no quotidiano do indivíduo e não melhorar a performance em testes específicos. Esta crítica, que tem sido levantada por diversos autores (Seron, 1997; Whyte, 1997; Wilson et al., 2009), é também referida no discurso dos profissionais:

“Avaliar os impactos de um programa de reabilitação apenas no funcionamento cognitivo, já se viu que é muito redutor (...) precisamos de medidas que têm que ver com a integração ou reintegração social destas pessoas. Elas deixam de estar de baixa, deixar de estar a receber uma pensão, passaram a ter uma atividade produtiva, não é?” (B.F., 46 anos).

Assim, há necessidade de reajustar e harmonizar as medidas de resultado com os objetivos da intervenção. De um modo geral, esta orientação reflete-se, no discurso dos profissionais, por uma preocupação em avaliar o progresso e os resultados a partir de vários indicadores, quantitativos e qualitativos, e de vários instrumentos.

4.2.2. Abordagem e estratégias: “A Reabilitação não é um momento somente técnico”

Tal como referido na literatura (Wilson et al., 2009), também os profissionais consideram que um só modelo teórico é insuficiente para abranger a complexidade dos quadros clínicos-alvo na RN, havendo necessidade de conciliar os contributos de distintos modelos: *“Eu acho difícil que um modelo teórico consiga cobrir uma tão grande complexidade de lesões cerebrais que podem existir”* (M.H., 27 anos). É salientada a importância de alguns aspetos centrais, percebidos como sendo transversais a vários modelos. Por um lado, a intervenção deve ser abrangente e compreensiva, procurando, sempre que possível, ter um carácter holístico, centrado não apenas na melhoria do funcionamento cognitivo mas também do funcionamento psicossocial. Além disso, é referido que o trabalho ao nível cognitivo deve ser baseado nos achados científicos, nomeadamente das neurociências, articulando a estimulação da função cognitiva com o funcionamento cerebral subjacente.

Mais do que seguir um modelo teórico, os profissionais procuram basear-se em estratégias eficazes e adequadas: *“Eu gosto de me basear nas estratégias em si, nas estratégias de recuperação, de compensação, não me prendendo muito a um modelo teórico”* (M.H., 27 anos). É visível uma preocupação com a individualização e adequação da intervenção às características e necessidades específicas de cada paciente, que deve ser um dos princípios centrais da RN (Chantsoulis et al., 2015; Lasprilla, 2006). Esta adequação traduz-se, na prática, numa articulação entre as tarefas e estímulos e os interesses pessoais do paciente: *“Se era uma pessoa que gostava de cozinhar, tentávamos fazer tarefas relacionadas com cozinhar, se era uma pessoa que gostava de novelas, tentávamos fazer coisas relacionadas com novelas. Para, dessa forma, conseguir aumentar a motivação da pessoa para desempenhar as tarefas, e também conseguir aumentar a adesão”* (M.H., 27 anos).

Deste modo, procura-se recorrer a tarefas com elevada validade ecológica, ou adapta-se as tarefas para incrementá-la, para que exista uma maior motivação, generalização e transferência dos ganhos:

“Trabalhar com uma pessoa em tarefas que ela habitualmente já faz, jogar às cartas, jogar ao dominó, jogar às damas, coisas deste género, ou ver o tipo de problemas que a pessoa defronta no seu dia a dia e com ela encontrar estratégias para resolver, do que pôr a pessoa em frente a um computador a fazer um programa de reabilitação, ela não tira significado disso, nem transfere nem generaliza para o seu dia a dia” (B.F., 46 anos).

Para que os ganhos obtidos não se situem apenas ao nível da melhoria do desempenho em tarefas abstratas, os profissionais referem também a utilização do treino de estratégias, nomeadamente estratégias compensatórias. Simultaneamente a uma procura pela restauração e retorno ao funcionamento cognitivo prévio, são adotadas estratégias compensatórias para dificuldades e défices residuais. Este tipo de abordagem, que combina restauração e compensação, é também advogada pela literatura científica (Marrón et al., 2011; Prigatano, 1999). As estratégias compensatórias passam pelo recrutamento de áreas cognitivas preservadas: *“Aproveitar as competências que estão preservadas, para estimular as competências que estão deterioradas”* (C.B., 24 anos) - ou pelo uso de métodos e dispositivos que permitem contornar as dificuldades que persistem: *“Conseguimos com muito sucesso que a pessoa utilize algumas ferramentas, calendários, agendas, que as fazem sentir mais orientadas”* (M.H., 27 anos). As tarefas são transmitidas em contexto de consulta para que possam, progressivamente, ser aplicadas ao contexto quotidiano, potenciando a autonomia e a transferência das competências. Deve ser feita uma adequada monitorização das dificuldades e do progresso do paciente, fornecendo também feedback e reforço do desempenho e da aplicação das estratégias no dia a dia.

Relacionados com as estratégias de intervenção, os profissionais referem alguns princípios importantes, cuja eficácia tem sido validada pela literatura científica (Bertens et al., 2013; Boccardi & Frisoni, 2006; Cicerone et al., 2000; Clare & Woods, 2004; Kessels & Haan, 2003; Mimura & Komatsu, 2007; Rabipour & Raz, 2012; Stott & Spector, 2011). Por um lado, o desvanecimento de pistas e o incremento progressivo do nível de dificuldade, permitindo que exista um nível de estruturação maior inicialmente, que é progressivamente diminuído à medida que o paciente adquire a competência:

“O objetivo é sempre começar num nível mais simples e ir aumentando a complexidade” (C.B., 24 anos).

“A pessoa vai superando as dificuldades, no início com o apoio que for necessário para ter sucesso e depois vamos retirando esse apoio e garantir maior autonomia” (G.S., 44 anos).

É também utilizada a aprendizagem espaçada e evocação diferida, ao longo das sessões, para que haja uma consolidação das aprendizagens. Simultaneamente, surge também associado o princípio da aprendizagem sem erro, que impede a aquisição de respostas erradas e potencia a motivação e a consolidação dos ganhos.

Todos estes princípios, combinados numa intervenção que assenta também na repetição (*“Partimos do princípio que a repetição é que vai fazer com que a pessoa desenvolva aquela competência ou pelo menos a mantenha preservada”* – C.B., 24 anos) -

que não tem, necessariamente, de ser monótona e rotinizada -, permite que os ganhos sejam adquiridos de forma consistente e potencia a duração dos mesmos. Há um recurso a cadernos para casa, constituídos por exercícios que trabalham as mesmas funções trabalhadas em consulta, de forma mais simples, para manter os ganhos e permitir que o paciente realize as tarefas de forma autónoma, diminuindo o nível de apoio e estrutura: *“Nós queríamos que a pessoa em casa fizesse algum bocadinho com menos estrutura, com menos ajuda, para também estimular de forma diferente o funcionamento cognitivo”* (M.H., 27 anos). A este nível, é importante recrutar, o mais possível, os familiares, uma vez que “conseguir êxitos nos objetivos da reabilitação cognitiva depende não apenas de um bom planeamento e de uma boa aplicação do plano terapêutico adaptado às dificuldades cognitivas específicas e necessidades prioritárias do paciente, mas também de considerar as variáveis contextuais e humanas que rodeiam cada indivíduo” (Lasprilla, 2006, p. 146). Deve procurar-se, por isso, o envolvimento dos familiares: *“Se estamos a treinar a questão da compreensão da linguagem, se é uma pessoa que tem défices de compreensão, se calhar vamos pedir aos familiares para que em casa, quando ele esteja a ver televisão, perguntem ‘ai e então? O que é que estava a dar no programa?’”* (C.B., 24 anos).

Todas estas estratégias devem ser inseridas no seio de um processo terapêutico, no qual a intervenção ultrapassa o mero treino e realização de exercícios cognitivos, e assenta num elo e numa relação terapêutica que se transforma, em última instância, na ferramenta basilar do trabalho realizado, sem a qual todas as restantes estratégias carecem de suporte: *“E depois, a reabilitação cognitiva não é um momento, como eu costumo dizer, somente técnico. De, agora vamos fazer este exercício, agora vamos fazer este, não é? Nós temos que ter uma empatia com o doente, e termos uma interação com ele”* (S.C., 42 anos).

4.3. Materiais. Reabilitação Neuropsicológica: com quê?

Desta categoria resultam informações que permitem caracterizar os materiais e ferramentas de RN em dois sentidos. Por um lado, caracterizar o recurso, por parte dos profissionais, a estes materiais e, por outro lado, as perceções dos profissionais acerca da utilidade, oferta e acessibilidade e, ainda, necessidades procedentes destes materiais.

4.3.1. Das palavras-cruzadas à tecnologia: vantagens e desvantagens

Através do discurso dos participantes compreendemos que estes recorrem, com frequência, a materiais que compilam e fornecem estímulos para a construção de exercícios

e tarefas para a RN, concretamente para o domínio da RNC. Os materiais a que os profissionais recorrem são variados, transparecendo a ideia de um processo de construção das sessões marcado por uma pesquisa constante. Pesquisa, essa, que requer o recurso a distintas fontes, existindo uma necessidade de compilar vários tipos de materiais no sentido de dar resposta às necessidades da prática clínica em cada processo:

“Usamos exercícios de variadíssimas origens” (A.I., 36 anos).

“Eu já recolhi exercícios ou inspiração para exercícios em manuais, já recolhi de jogos de computador e tentei adaptar algumas coisas para papel e lápis, já recolhi imagens do Pinterest, por exemplo” (M.H., 27 anos).

Este aspeto vai ao encontro do que havia sido especulado por Faria e colaboradores (2016): a RNC é aplicada muitas vezes de acordo com a experiência do profissional de saúde, baseando-se numa seleção subjetiva de tarefas. Assim, o facto de existirem fontes dispersas e não existirem recursos que compilem e uniformizem os materiais, coloca entraves na prática, fazendo depender a escolha das tarefas do acesso e da sensibilidade e conhecimento do profissional no domínio.

Relativamente aos materiais referidos pelos profissionais, destacam-se os manuais e cadernos de estimulação (sendo referidos como exemplo os manuais de Nunes e Pais, 2006, para a DA), jogos educativos e interativos, jogos de computador, softwares específicos de reabilitação (como o CogniPlus, Rehacom ou CogWeb, que são os mais referidos), plataformas online e programas de reabilitação construídos e divulgados na literatura científica, tais como o *Making a Difference* (Spector et al., 2006). Para além disso, os profissionais referem, também, o recurso a estímulos avulsos passíveis de serem adaptados para a construção de exercícios, tais como imagens, sopas de letras, textos encontrados na internet, músicas, entre outros.

Os profissionais fazem uma distinção clara entre os materiais de papel e lápis e os materiais informatizados. Enquanto que alguns recorrem apenas a materiais de papel e lápis, principalmente em contexto hospitalar e em clínicas, outros combinam a sua utilização com softwares informáticos, o que ocorre essencialmente em centros de reabilitação. Há nos discursos uma identificação das vantagens e desvantagens inerentes a estes dois tipos de materiais.

Os materiais informatizados são menos prevalentes em termos de recurso por parte dos profissionais entrevistados, principalmente por questões de custo e investimento, quer para a instituição (*“A clínica não compensa o investimento num software de reabilitação neste momento”* – C.B., 24 anos), quer para o paciente. Assim, a utilização deste tipo de

material ocorre essencialmente em centros de reabilitação, devido aos recursos e estruturas disponíveis. Para além dos custos associados, os profissionais referem como limitação a desadequação do material à população-alvo, uma vez que, frequentemente, os indivíduos inseridos num processo de RN são idosos e / ou têm um baixo nível de escolaridade ou socioeconómico, com baixa literacia informática. Neste sentido, a introdução deste tipo de material, para além de poder constituir um fator stressante e de possível frustração, não permite a continuidade da intervenção, por não existir, muitas vezes, acesso a estes dispositivos no domicílio dos pacientes:

“O informático não funciona com a nossa população. Eles não têm computador em casa. Não sabem mexer no computador, 99% deles nunca mexeu no computador” (M.L., 32 anos).

“Introduzir tecnologias muitas vezes no contexto de consulta é um fator stressante e que vai provocar ainda mais ansiedade. Dependendo dos doentes, mas isto ainda acontece muito” (C.B., 24 anos).

Adicionalmente, os softwares, ainda que possuam grande capacidade de adaptação e flexibilização ao progresso e desempenho, são constituídos por um conjunto de tarefas finitas e pré-definidas, não permitindo uma adequação tão ajustada ao paciente e aos seus interesses pessoais: *“Os informatizados inevitavelmente têm de ser um bocadinho definidos à priori, e nós tentamos lutar um bocadinho contra essa generalização, essa standardização em termos de informação”* (M.H., 27 anos). Uma outra desvantagem relativa a este tipo de material é constituir-se como um potencial risco para a relação ou interação terapêutica, uma vez que o paciente se encontra a realizar tarefas num computador, diminuindo o nível de interação existente com o terapeuta: *“Prefiro ter um terapeuta a fazer com o paciente um exercício de papel e lápis durante 15 ou 20 minutos, do que o paciente a interagir com o computador durante 15 ou 20 minutos”* (B.F., 46 anos). Sendo que qualquer intervenção psicológica deve primar e ter, por suporte basilar, a relação terapêutica (Pontes & Hübner, 2008), é importante minimizar este risco através de uma correta adequação da utilização destes recursos, que deve ser sempre apoiada por um acompanhamento e monitorização adequados, por parte do terapeuta.

No entanto, os softwares e recursos informáticos apresentam também algumas vantagens, como o facto de permitirem de forma imediata e automática a monitorização e o feedback do desempenho: *“Há alguma facilidade nos programas que têm um software que guardam os registos, que criam gráficos, que dão percentagens de erros, pronto. Para uma monitorização mais fácil”* (G.S., 44 anos). Por outro lado, apresentam um interface mais apelativo e, com o surgimento da RV, um maior potencial ecológico, uma vez que se conseguem criar tarefas e AVs análogos aos contextos de vida real - *“Estou a pensar no*

tipo de tarefas mais já ligadas à realidade virtual, porque permitem aproximar dos contextos, não é? Acabam por ser mais ecológicos” (B.F., 46 anos) -, tais como supermercados (Cardoso et al., 2004; Dores, Carvalho et al., 2012; Josman et al., 2014), salas de aula (Rizzo et al., 2002), escritórios (Schultheis & Rizzo, 2002) e até centros de reabilitação virtuais (Mendes et al., 2013).

Colmatando as limitações inerentes aos softwares informáticos, para os profissionais, os materiais de papel e lápis permitem uma maior proximidade e interação terapêutica, para além de uma maior adaptação e adequação ao paciente: *“E o papel e lápis também nos permite um bocadinho mais uma proximidade com a pessoa, portanto, não é tao frio, dá para nós implementarmos melhor a questão da aprendizagem sem erros, ir dando algumas pistas”* (M.H., 27 anos). Ainda permitem um maior envolvimento do próprio paciente no processo, sendo este, em conjunto com o terapeuta, a realizar a sua própria monitorização, existindo mais espaço para o treino de estratégias e para o ajustamento às dificuldades e interesses. Para além disso, tendo em conta a população e o contexto português, apresentam maior familiaridade e permitem uma maior facilidade e pragmatismo no uso: *“O papel e lápis é aquilo que é mais fácil de aplicar. É aquilo que as pessoas, no geral, adultos e idosos, gostam mais. É simples, ir fazendo em casa, é uma coisa que guardam facilmente”* (F.V., 24 anos). Mas, por outro lado, no recurso a este tipo de material, é necessário adequá-lo ao paciente, para que exista uma extração de significado do trabalho realizado e para minimizar o grau de abstração e de frustração e aumentar o envolvimento: *“No papel e lápis também aderem, mas se os exercícios não forem bem doseados as pessoas mais velhas dizem ‘parece que voltei à escola’. Se forem muito abstratos ou assim muito infantilizados. E muitos dos exercícios parecem de facto aqueles que se fazem com os meninos, não é? De encontrar as diferenças”* (A.I., 36 anos).

Afirma-se como necessária uma adequação, constante, das ferramentas utilizadas ao paciente e um foco no seu contexto de vida real, não podendo os AVs ou os exercícios de estimulação substituir ou relegar essa realidade. Conclui-se que qualquer ferramenta deve ser inserida no seio de um processo terapêutico. O terapeuta e o paciente são elementos centrais de um processo que se faz em diáde, e no qual os materiais cumprem apenas o papel de ferramentas auxiliares. Esta conclusão é enfatizada no discurso dos profissionais entrevistados, que afirmam uma necessidade de adaptação dos materiais e uma capacidade de inseri-los como ferramentas complementares, e não centrais, a um processo terapêutico que deve ser ajustado a cada paciente: *“Os livros, os exercícios, tudo tem de ser uma*

ferramenta. Tem de haver uma pessoa especializada, e uma pessoa bem formada a esse nível, que possa fazer uso deles da melhor maneira” (M.H., 27 anos).

4.3.2. Materiais de Reabilitação Neuropsicológica: o que falta?

Os participantes distinguem a oferta de materiais de uma forma global e a oferta de materiais validados para o contexto português. Enquanto que os primeiros apresentam uma oferta vasta e em crescimento, no contexto português a perceção dos profissionais é a de que a oferta é bastante reduzida:

“Em termos de materiais portugueses, portanto a oferta é muito reduzida. É muito reduzida mesmo. Se nós fizéssemos um programa de estimulação só com aquilo que existe já pensado e já publicado para a população portuguesa, nós teríamos programas de intervenção completamente repetitivos” (F.V., 24 anos).

Para além disso existem, por vezes, restrições no acesso aos materiais, tais como o custo, principalmente no que diz respeito aos softwares informáticos *“Os informáticos são extremamente dispendiosos. É mesmo muito caro de adquirir” (S.C., 42 anos).*

Para além das dificuldades ao nível da oferta e acessibilidade, o discurso dos profissionais alerta para necessidades e lacunas encontradas nos materiais disponíveis atualmente: (i) ausência de informações teóricas e clínicas de relevo; (ii) desadequação às necessidades das populações clínicas; (iii) falta de articulação com as evidências científicas e de validação empírica; (iv) necessidade de inovação.

Os profissionais salientam que estes materiais, de modo geral, não fornecem informações teóricas e clínicas relevantes, compilando exercícios avulso, que carecem de uma adequada contextualização e de suporte de conteúdos que fundamentem o processo de intervenção: *“O que eu acho que falha um bocadinho é que esses manuais quase que partem do princípio de que quem vai adquirir aquilo já percebeu o que é, já percebeu qual é aquele domínio, o que tem que fazer e etc. E eu acho que as coisas às vezes não são bem assim” (S.C., 42 anos).*

Por outro lado, os profissionais entendem que os materiais muitas vezes não especificam nem se adequam à população a que se destinam; os materiais deveriam ser suficientemente ajustáveis para que os exercícios pudessem ser adaptados em termos de dificuldade, exigência e competências trabalhadas: *“Não serem adaptados à população em causa (...) E, portanto, nós depois na hora temos que estar a adaptar um bocadinho as coisas” (M.L., 32 anos).* São ainda apontadas algumas necessidades específicas, que denotam que os materiais não contemplam nem estão preparados para determinadas franjas

da população, tais como analfabetos, pessoas com baixa escolaridade ou indivíduos com défices perceptivos:

“Nós temos uma população muito pouco escolarizada (...) muitas vezes o perceberem o exercício que é para fazer já ocupa parte do tempo” (M.L., 32 anos).

“Não temos muito material adaptado a pessoas com baixa visão” (A.I., 36 anos).

Para além dos conteúdos, é referida também a necessidade de inovação nos materiais, através de um acompanhamento da investigação e incorporação dos achados científicos. A este propósito destaca-se, por exemplo, a validade ecológica, cujo grau é muitas vezes baixo nos exercícios apresentados: *“Os materiais que existem não são tão ecológicos quanto isso, portanto, não têm esta adequação tão grande aos contextos das pessoas e às tarefas das pessoas”* (M.H., 27 anos). Por outro lado, parece existir também alguma desadequação entre os exercícios e o propósito adjacente. Ou seja, os exercícios não devem ser meras tarefas, mas sim estímulos com um propósito específico que se articula ao funcionamento cerebral: *“É preciso que os programas de reabilitação se suportem mais no funcionamento do cérebro, nos achados das neurociências”* (B.F., 46 anos). Deste modo, os materiais carecem, muitas vezes, de um adequado suporte e validação científica, para uma utilização fundamentada e uma prática baseada na evidência: *“Falta material sustentado cientificamente e cujos benefícios estejam comprovados pela literatura”* (C.B., 24 anos).

O discurso dos profissionais é marcado pela necessidade de uma inovação dos materiais disponíveis, articulada com os mais recentes avanços científicos e contributos da investigação e por uma adequação correta às populações e às necessidades sentidas no contexto:

“Falando de qualidade, é tudo mais do mesmo, portanto não há muita diversidade. Não há muita inovação. O que se está a oferecer agora, do ponto de vista gráfico, estético, é mais bonito (...) mas a conceção não evoluiu muito desde há décadas a esta parte” (B.F., 46 anos).

É necessário, portanto, investir no desenvolvimento e validação de materiais. Estes, se forem bem desenvolvidos, permitem não só auxiliar o processo terapêutico, rentabilizando o tempo do profissional, mas também fundamentar, validar e uniformizar a intervenção:

“Ajuda imenso. Ter as coisas estruturadas e assim validadas, bem construídas. Elaborar materiais dá muito trabalho” (G.S., 44 anos).

“Eu acho que é muito útil. E é importante haver manuais (...) porque dá muito menos trabalho, está comprovado que funciona, facilita imenso o trabalho dos técnicos (...) se houvesse uma coisa, ao menos, fiável, nós sabíamos que pelo menos aquilo estava a ser feito, não é?” (M.L., 32 anos).

4.4. Diretrizes para a construção de um manual. *Reabilitação Neuropsicológica – que futuro?*

A criação de recursos e ferramentas para qualquer prática clínica deve ser sempre orientada pelas necessidades existentes nos contextos clínicos de RN. Assim, procuramos dar voz aos profissionais para identificar diretrizes e recomendações para a construção de materiais e ferramentas de RN, concretamente para o domínio cognitivo da reabilitação, ou seja, para a RNC. Um dos objetivos específicos do presente estudo, trata-se de perceber qual o guião mais adaptado às necessidades reais que poderia ser usado na construção de um manual de RN - focado na componente cognitiva e para populações adultas - destinado a profissionais. Os profissionais entrevistados referem três aspetos centrais para este manual: estrutura que os materiais devem adotar, conteúdos que devem contemplar e princípios que devem ser tidos em conta na sua construção.

4.4.1. *Que estrutura e que conteúdos?*

Os participantes consideram que os manuais de RN devem ter uma estrutura organizada e coerente. Deve existir um equilíbrio entre a estruturação que facilita a organização e a flexibilidade que permite adequar os exercícios às necessidades dinâmicas da prática clínica.

Em termos da estrutura é indicada, como preferencial, uma que organize o manual por domínios cognitivos e, dentro destes, por níveis de dificuldade, cumprindo o princípio da complexificação crescente e permitindo que haja algum ajuste ao desempenho do próprio paciente:

“Eu penso que seria interessante o manual estar dividido por áreas cognitivas, e dentro das próprias áreas cognitivas ter níveis. Portanto, porque assim a pessoa poderia sinalizar a área que queria trabalhar, e dentro da área, ver qual era o nível que ia trabalhar (...) e podíamos ir escolhendo, por exemplo, se a pessoa estivesse pior a nível da memória, podíamos escolher exercícios mais fáceis ao nível da memória, mas se estivesse ótima ao nível da atenção, podíamos escolher exercícios mais difíceis ao nível da atenção” (M.H., 27 anos).

Em termos dos conteúdos relevantes para a inclusão no manual, estes dividem-se em informação teórica e informação clínica. Relativamente à informação teórica, é salientada a importância de estarem contemplados aspetos relativos aos domínios cognitivos e às patologias em termos do funcionamento cerebral e respetivas repercussões cognitivas. Para além disso, deve existir alguma fundamentação teórica dos exercícios e tarefas contemplados. Isto permite não só orientar o profissional, como fundamentar e validar a sua atuação: *“Vamos fazer estes exercícios porque estimulam isto. E porque é que estamos*

a estimular isto. Porque isto depois até pode ser questionado, pelos doentes ou até pelos familiares (...) E a pessoa já tem uma ideia de ‘ok, eu estou a fazer isto, mas há um motivo para eu estar a fazer isto’” (M.L., 32 anos).

Por outro lado, a informação clínica diz respeito a aspetos informativos acerca do próprio processo de intervenção. Nestes aspetos podem estar incluídos os parâmetros de um programa de reabilitação – duração e intensidade –, as estratégias que permitem incrementar a motivação e a adesão e, ainda, as variáveis que devem ser consideradas no processo, tais como características e interesses do paciente, padrão de défices e funcionalidade.

Por fim, é salientada a importância de incluir instruções adequadas e compreensivas para os exercícios e tarefas. Isto passa por fornecer diretrizes aos profissionais, bem como estratégias e exemplos de recursos e atividades que permitam estabelecer a ligação entre os exercícios, em consulta, e a vida diária: *“Deve ter sempre uma ligação entre aquilo que é a teoria, aquilo que são os exercícios, e de que forma é que nós podemos fornecer estratégias para que no quotidiano se estimule a mesma coisa que aqueles exercícios estimulam”* (C.B., 24 anos). Importa, não somente, fornecer exercícios a incluir nas sessões de reabilitação, mas também possíveis estratégias, exemplos de atividades e estímulos que permitam ao profissional construir, a partir dali, as técnicas mais apropriadas para cada paciente: *“Mais do que simples exercícios, dar estratégias”* (S.C., 42 anos).

4.4.2. Que princípios?

Das narrativas dos profissionais, os aspetos mais salientados são os princípios que devem orientar a construção deste tipo de material, para que se coadunem com as necessidades sentidas pelos profissionais no seu dia a dia.

Os profissionais indicam que o manual deve procurar adequar-se, o mais possível, à população-alvo e aos contextos, nomeadamente, no que diz respeito ao nível de complexidade dos exercícios, aos estímulos apresentados e ao tipo de tarefa solicitada. Para isso, é necessário ter em conta as dificuldades apresentadas por indivíduos com défices cognitivos, enquadrando os exercícios por forma a que estes suscitem algum interesse e envolvimento, minimizando a potencial frustração e fadiga:

“Os exercícios devem ser construídos de forma o mais simples possível. Portanto, evitar um bocadinho aquela ideia que coisas mais complexas estimulam mais o raciocínio. Estamos a trabalhar com pessoas geralmente com lesão cerebral, e aí estamos muitas vezes a confrontá-las com o erro e com a dificuldade delas, é preciso ter muito cuidado” (M.H., 27 anos).

Nesta adequação, é referida a importância da validade ecológica, sendo que o manual deve procurar que os exercícios comportem o mínimo de abstração necessária, procurando que sejam exercícios com estímulos do quotidiano e passíveis de serem adequados aos contextos de vida real e aos interesses dos pacientes: *“Na minha opinião, o segredo da construção dos exercícios é que eles sejam o mais aproximados dos contextos de vida diária da pessoa (...) coisas que a pessoa não sinta que está ali a contar favas”* (M.H., 27 anos).

O material deve ser flexível o suficiente para permitir a adaptação das atividades e tarefas propostas, sendo necessário abandonar o clássico formato dos manuais ou cadernos, em que são disponibilizados exercícios avulso. Ao invés, devem ser fornecidas propostas de estratégias, atividades, recursos e materiais a utilizar (tais como cartas, dominós, dinheiro real em vez de contas aritméticas em papel). A partir deste estímulo, são propostas e estruturadas atividades terapêuticas, com uma intencionalização fundamentada, que podem ser adaptadas por parte do profissional através de variações do mesmo exercício ou tarefa:

“Que pudesse eventualmente permitir a introdução de estímulos que sejam familiares. Por exemplo, o rosto, um exercício típico de treino de memória de nomes de pessoas. É um exercício muito pertinente para trabalhar com os rostos reais” (G.S., 44 anos).

Uma outra questão, inovadora, é a possibilidade de importar os princípios do ensino programado para a RN, isto é, em vez do formato clássico de hierarquia de dificuldade, existir uma adequação constante, na qual o indivíduo pode mover-se de várias formas possíveis num largo espectro de níveis de dificuldade e domínios cognitivos. Neste tipo de abordagem, o conteúdo a aprender é apresentado em unidades discretas, ou seja, em pequenos módulos, e é fornecido feedback imediato do desempenho, que dirige o indivíduo para o nível e domínio mais adequado. Assim, cada indivíduo progride ao seu próprio ritmo e é garantida a consolidação dos ganhos adquiridos antes de serem treinadas outras competências. É um tipo de abordagem que tem sido aplicada a vários domínios do ensino e que tem sido validada por estudos científicos (Emurian, 2007). Este tipo de abordagem, segundo os profissionais, pode ser adotada quer através de programas informáticos, quer através de um manual construído com este algoritmo:

“Era necessário também importar os princípios do chamado ensino programado para a Reabilitação Neuropsicológica e criar uma espécie de algoritmo que fosse acompanhando o desempenho da pessoa nas tarefas de Reabilitação Neuropsicológica e que fosse orientando a pessoa para um exercício ou para outro (...) Agora até pode estar a fazer um exercício para trabalhar mais a

memória visual, mas em função das suas dificuldades, a seguir pode fazer um exercício para trabalhar a atenção auditiva” (B.F., 46 anos).

Por fim, é também referida a importância do manual ter um adequado suporte científico, sendo que a sua construção deve ser feita com base nos princípios teórico-científicos das neurociências. Deve existir uma fundamentação e um projeto científico que permitam validar o manual como uma ferramenta fidedigna e que permita uma prática baseada na evidência:

“Eu acho que nós não podemos cair na asneira de reduzir a reabilitação e a estimulação cognitiva a exercícios que qualquer pessoa pode fazer. Embora qualquer exercício dê para estimular o funcionamento cognitivo. Mas acho que nós não podemos mostrar ao paciente que se ele comprar um livro no quiosque, está a fazer exatamente o mesmo trabalho que nós estamos a fazer em consulta (...) Haver alguma uniformização, fazer com que o material já tenha alguma fiabilidade científica” (C.B., 24 anos).

Conclusões e considerações finais

Ter consciência daquilo que não se sabe, e de que em ciência o processo de construção de conhecimento é um fluxo em permanente movimento, é essencial. Como tal, o presente trabalho não pretende, de modo algum, avançar para conclusões definitivas; pelo contrário, pretende-se contribuir e abrir caminho num terreno empírico fértil, com enorme potencial de crescimento, que é o da RN em contexto português.

Iniciamos o nosso estudo com a exploração das perceções dos profissionais acerca da prática clínica de RN. Os resultados encontrados documentam um panorama da prática clínica ainda muito marcado e limitado por constrangimentos estruturais e necessidades variadas. As narrativas dos profissionais apresentam-nos a RN como uma estratégia de intervenção eficaz mas limitada no seu potencial por vários fatores. Com efeito, os resultados parecem sugerir que a RN necessita de maior reconhecimento e validação científica, bem como de um tempo e um espaço próprios nos contextos de saúde. Neste sentido, é forçoso criar metodologias e recursos que auxiliem a prática clínica, e sobretudo que estes se aproximem da realidade dos contextos de intervenção. Para isso, emergiu como essencial desenvolver e validar materiais de reabilitação com custos suportáveis para as instituições, e que se adequem a uma população idosa, pouco escolarizada e de baixo nível socioeconómico, que é aquela que mais recorre aos serviços de saúde públicos em países como Portugal.

Adicionalmente, outro objetivo a que nos propusemos em paralelo no âmbito deste estudo, foi o de identificar e caracterizar os materiais que os profissionais de RN utilizam na sua prática clínica, a forma como os utilizam, e as limitações que apresentam. Percebemos, desde logo, que os materiais disponíveis são muito variados, provenientes de múltiplas fontes, não existindo diretrizes gerais de orientação, e recaindo a responsabilidade da sua organização no profissional. Isto implica, por parte do profissional, um trabalho constante de pesquisa e de criatividade que carece, muitas vezes, de metodologias adequadas e empiricamente validadas. Acresce também a situação de que os materiais de RN validados para a população portuguesa são ainda escassos.

Uma das vertentes do nosso trabalho consistiu num levantamento de necessidades direcionado para o tipo de materiais de que os profissionais necessitam nos seus contextos de prática clínica. Dos discursos ressalta uma RN focada na funcionalidade e na autonomia dos pacientes, e não tanto no desempenho em tarefas neuropsicológicas standardizadas.

Para os profissionais parece ser necessário investir em recursos que vão para além da “artificialidade” do cenário clínico das consultas e se aproximem cada vez mais da realidade da pessoa, do seu dia a dia, treinando competências com exigências equivalentes às que esta enfrenta no seu quotidiano. Ou seja, a necessidade de investir em materiais de RN com validade ecológica. Para além disso, os materiais devem inserir-se num processo interativo, no qual paciente e terapeuta são os elementos-chave. Deste modo, é fulcral que os materiais não substituam o terapeuta nem minimizem o grau de interação, mas sim que o complementem e que possam ser integrados de forma fluída num processo diádico. Foi possível, ainda, perceber e identificar as características específicas que os materiais de RN devem ter: (i) elevada validade ecológica, com tarefas articuladas com os interesses e características dos pacientes e o mais próximas possível às suas AVDs; (ii) apelativos e motivadores, minimizando a frustração e fadiga; (iii) cumprirem princípios importantes como a complexidade crescente, o desvanecimento de pistas e a aprendizagem sem erro; (iv) serem flexíveis, passíveis de serem facilmente monitorizados, ajustados ao progresso do indivíduo e permitirem feedback do desempenho; (v) permitirem envolver o paciente no processo de forma ativa; (vi) serem validados empiricamente e apresentarem uma adequada fundamentação teórica, científica e clínica.

O aceder à prática clínica de RN a partir do olhar e da experiência dos profissionais, permitiu também identificar necessidades. Algumas situam-se a um nível mais macro como, por exemplo, a necessidade de reconhecimento na área, de maior formação e especialização profissional, e de mais recursos nos contextos de saúde. Neste contexto, o contributo do presente estudo passou também por delinear o projeto e traçar a estrutura de um manual de RN, que a equipa da Consulta de Neuropsicologia da FPCEUP pretende organizar e publicar futuramente. Este terá que responder às necessidades identificadas pelos profissionais no terreno e contribuir, deste modo, para uma prática clínica baseada na evidência. Com base na informação recolhida, passaremos a apresentar o projeto e a estrutura deste manual de RN em fase de construção.

1. Um manual de Reabilitação Neuropsicológica para profissionais

A partir dos discursos dos profissionais recolheram-se diretrizes e orientações para a construção de um manual de RN. Pretendemos ir ao encontro das necessidades encontradas, construindo um material eficaz, inovador e diferente da oferta atualmente

existente no mercado português. Desejamos que esta seja uma ferramenta completa e íntegra, fornecendo não apenas exercícios e atividades mas também conteúdos relevantes para o profissional. Este manual deve ser eficaz e pragmático o suficiente para ser integrado na prática clínica como uma ferramenta auxiliar, com validação empírica e fundamentação, guiando o profissional e validando as tarefas que incorpora nas suas estratégias terapêuticas.

Como referido, um dos principais aspetos a ter em conta é a adequação deste manual aos contextos e às populações. No contacto com os profissionais compreendemos que os materiais em formato papel e lápis são os que, atualmente, são mais utilizados e necessários nos seus contextos de intervenção. Isto porque são mais familiares e introduzem menos frustração e ruído, tendo em conta que grande parte da população apresenta pouca literacia informática ou não dispõe de dispositivos tecnológicos no seu quotidiano. Para além disso, o material de papel e lápis pode ser integrado em todos os contextos, nomeadamente em instituições públicas como hospitais, nos quais os recursos e as estruturas existentes não permitem, muitas vezes, a aquisição de softwares informáticos. Adicionalmente, esperamos também que esta tipologia contribua para uma maior interação terapêutica e que seja flexível, permitindo adaptar as atividades conforme as necessidades de cada profissional e de cada paciente.

Um outro aspeto também relevante, enfatizado pelos profissionais, é a validade ecológica dos materiais. Neste sentido, pretendemos apresentar neste manual atividades com elevada validade ecológica, ajustadas à população adulta, flexíveis e passíveis de serem adaptadas aos seus interesses e com exigências o mais similares possível às AVDs.

Pretendemos, também, criar uma estrutura que se aproxime, de certa forma, ao ensino programado. Embora não possamos implementar este princípio de forma rigorosa, uma vez que para isso seria necessária a criação de um algoritmo e a realização de vários estudos de validação, criámos um esquema que nos permite aproximar deste princípio. Ou seja, pretendemos estruturar as atividades e exercícios de forma ajustada ao desempenho e progresso do indivíduo, pelo que a informação é dividida em módulos e unidades de aprendizagem, com as respetivas formas de avaliação, fornecendo feedback do desempenho e dirigindo o indivíduo para o nível correspondente.

Tendo em conta todos estes aspetos, delineamos a seguinte estrutura para o manual que pretendemos desenvolver:

Quadro 1. Estrutura do manual de RN

1. A RN: aspetos teóricos	Fundamentos neurobiológicos
	Modelos e abordagens
	Validação científica da RN em diferentes populações clínicas: estudos de eficácia.
2. Programa de RN: da avaliação às estratégias de intervenção	Princípios orientadores
	Planeamento do programa de intervenção: - Importância da avaliação neuropsicológica; - Estabelecimento de objetivos; - Estruturação das sessões; - Monitorização dos resultados.
	Estratégias para potenciar a adesão e eficácia
3. A RN para além do cenário clínico	Familiars e cuidadores como elementos do processo de intervenção
	Promover a funcionalidade: importância do treino de estratégias aplicáveis à vida diária
4. A RN da memória* *(estrutura utilizada de forma semelhante para os restantes domínios cognitivos: atenção, percepção, linguagem e funções executivas)	Definição e modelos da memória
	Bases neuroanatômicas da memória
	Principais alterações no sistema mnésico em diferentes quadros clínicos
	Programas de reabilitação da memória
	Estratégias para a reabilitação e estimulação da memória - Princípios básicos; - Estratégias de memória.
	Propostas de atividades de intervenção

Importa referir que, relativamente aos domínios cognitivos, decidimos englobar memória, atenção, percepção, linguagem e funções executivas, realizando para cada um dos domínios um capítulo com informação teórica e atividades práticas, por duas razões. Primeiramente, estes são os domínios mais referidos pelos profissionais nas entrevistas. Neste sentido, pretendemos delinear uma estrutura que respeite, o mais possível, as informações obtidas nos resultados e as diretrizes recolhidas, no sentido de dar resposta às necessidades encontradas. Em segundo lugar, são também estes os domínios que, ao consultar manuais semelhantes, que existem noutros idiomas, surgem mais frequentemente (Lasprilla, 2006; Marrón et al., 2011; Peña, 2010).

Nos capítulos dedicados a cada um destes domínios cognitivos (cf. Ponto 4 no Quadro 1), existem duas secções mais práticas (realçadas a negrito no Quadro 1): a das

estratégias para a reabilitação e estimulação, e a secção das propostas de atividades de intervenção. Para que se clarifique de que modo pretendemos concretizar estes conteúdos em termos práticos, passamos a explicitá-los.

No que diz respeito às estratégias para a reabilitação e estimulação, inicia-se com alguns princípios básicos que devem orientar o profissional. Por exemplo, no caso da memória: o conhecimento do funcionamento mnésico; a análise da história clínica e evolução da sintomatologia mediante a integração de indicadores formais e informais; a adequação da intervenção à severidade dos sintomas e o prognóstico da recuperação; entre outros. Relativamente às estratégias, serão referidas estratégias de intervenção validadas empiricamente. Por exemplo, no caso da memória, a repetição, a evocação diferida, o desvanecimento de pistas, a aprendizagem sem erro, entre outras (Bertens, et al. 2013; Boccardi & Frisoni, 2006; Clare & Woods, 2004; Irigaray et al., 2012; Jean e tal., 2010; Kessels & Haan, 2003; Mimura & Komatsu, 2007; Pieramico et al., 2014; Stott & Spector, 2011). As estratégias serão apresentadas de forma prática e ilustradas com exemplos. É, ainda, referido o treino de estratégias, enfatizando-se o uso de estratégias compensatórias, e fornecendo-se exemplos práticos. Por exemplo, no caso da memória, o recurso a calendários, dispositivos eletrónicos, diários, entre outros (Cappa et al., 2005).

Relativamente às propostas de atividades de intervenção, teremos uma componente prática em que, para cada domínio cognitivo, serão apresentadas atividades de estimulação cognitiva e de treino de competências. Utilizaremos o termo ‘atividades’ em vez de ‘exercícios’ por se pretender fornecer tarefas com elevada validade ecológica, recorrendo o mais possível à interação, através de jogos, diálogos, estímulos reais (e.g., objetos, imagens, fotografias e outros estímulos do contexto de vida da própria pessoa). As atividades serão organizadas em diferentes níveis. Em cada um dos níveis, apresentam-se atividades a realizar em contexto de consulta mas também atividades para realizar em casa. Estas são em suporte de papel e lápis mas também apelam a outros formatos como grelhas, diários, atividades programadas e modificações dos contextos, acompanhadas pelas respetivas instruções e modo como devem ser monitorizadas. No final de cada nível, existe uma breve avaliação que permite verificar se a pessoa já domina todas as competências treinadas podendo, desse modo, transitar para o nível seguinte.

Cada atividade é acompanhada de instruções e orientações. São fornecidas aos profissionais, por exemplo, pistas, reforços ou estratégias a usar no caso de o paciente apresentar dificuldade ou fadiga. São também dadas sugestões de variações do mesmo exercício, nomeadamente relativamente a outros estímulos e materiais que podem ser

utilizados e adaptados pelo profissional, bem como de formas de aumentar a sua complexidade. Para que se torne mais visível o tipo de atividades que pretendemos desenvolver neste manual apresentamos, em anexo, alguns exemplos de atividades práticas para o domínio cognitivo da memória (cf. Anexo 5).

Em suma, o que se pretende é desenvolver um manual, adaptando os materiais que têm sido elaborados pela equipa do serviço de Consulta de Neuropsicologia da FPCEUP às necessidades encontradas. Neste âmbito têm sido construídos diferentes tipos de materiais, personalizados para cada paciente, mas também programas específicos validados cientificamente, como é o caso do CereBest (Fernandes, 2015) para pacientes com LCA. Todo este material será, assim, organizado num manual com a arquitectura flexível que acabamos de descrever. Para além da compilação do material será também fornecida informação teórica e prática relevante para a elaboração de um programa ajustado a cada paciente. Este manual, em suporte de papel e lápis, terá, assim, características que o diferenciam dos actualmente disponíveis no mercado para a língua portuguesa.

2. Limitações e pistas para investigação futura

O estudo científico de qualquer temática, dada a sua complexidade, comporta sempre limitações. Apresentamos de seguida as principais limitações deste estudo, sugerindo, e esboçando, caminhos possíveis para a investigação científica.

Refira-se, desde logo, o facto das percepções dos entrevistados refletirem sempre interpretações do fenómeno e não necessariamente um quadro objetivo do mesmo. No entanto, não foi objetivo deste estudo aceder à verdade factual de cada um dos profissionais, mas sim à verdade interpretativa, delineando um panorama da RN a partir das perspetivas dos seus agentes. Também é necessário ter em conta que o facto de todos os entrevistados serem do distrito do Porto surge como limitação no sentido em que não nos permite aceder ao panorama português no domínio da RN, mas sim ao de uma área geográfica específica. De facto, não se pode ignorar que outras regiões do país terão necessidades e características específicas, no contexto da RN. Refira-se, por exemplo, as regiões do interior, em que o envelhecimento populacional é ainda mais acentuado e os recursos disponíveis mais escassos (tais como serviços de neuropsicologia, profissionais especializados, centros de reabilitação, programas de reabilitação gratuitos para o

beneficiário ou com apoio estatal). Dada a natureza exploratória deste estudo, procuramos aceder aos significados e compreender as necessidades dos profissionais, abrindo caminho para estudos empíricos futuros. Seria pertinente aceder à realidade da RN noutras áreas do país, dados os contornos específicos dos contextos de saúde e instituições nas diferentes áreas geográficas. Pode ainda pensar-se que a seleção dos participantes por conveniência faz com que os profissionais aqui representados se encontrem ligados a contextos científicos e académicos, e que, por isso, apresentem perspetivas distintas e mais próximas dos pressupostos teóricos e científicos.

Para além disso, o panorama da RN, no contexto português, não se constrói apenas a partir da perspetiva daqueles que a implementam, mas também daqueles que dela beneficiam e dos seus cuidadores e familiares, inerentemente implicados no processo. Seria interessante e útil entrevistar também utentes e familiares, no sentido de compreender se estes entendem que a RN se ajusta às suas necessidades.

Por fim, consideramos essencial que, posteriormente a este estudo exploratório e à construção do manual, seja realizado um estudo que permita validá-lo e averiguar a sua eficácia. O objetivo do presente estudo não se esgota na proposta de arquitetura para um manual de RN, pretendendo incentivar também outras equipas de investigadores a explorar e compreender as necessidades dos contextos de RN e a criar recursos que respondam a estas necessidades.

Nas palavras de Confúcio, *a essência do conhecimento consiste em aplicá-lo, uma vez possuído*. A implicação mais vasta deste estudo é a de que é importante transpor o conhecimento científico para a prática, de não permitir que o conhecimento resida apenas no nível teórico, mas que fundamente a construção de mudanças na realidade estudada. Destas mudanças, destaca-se a procura de uma RN eficaz, assente em metodologias, recursos e práticas que se articulem com as necessidades dos contextos e das populações. Uma RN que beneficie da existência de metodologias válidas que permitam reduzir a “artificialidade” do cenário clínico e dar resposta, o mais possível, às dificuldades reais de cada paciente.

Referências bibliográficas

- Abrisqueta-Gomez, J. (2006). Reabilitação neuropsicológica: “o caminho das pedras”. In Abrisqueta-Gomez, J. & Dos Santos, F.H. (eds.). *Reabilitação neuropsicológica: da teoria à prática* (pp. 1-14). São Paulo: Artes Médicas.
- Alves, J., Alves-Costa, F., Magalhães, R., Gonçalves, Ó. F. & Sampaio, A. (2014). Cognitive Stimulation for Portuguese Older Adults With Cognitive Impairment: A Randomized Controlled Trial of Efficacy, Comparative Duration, Feasibility, and Experiential Relevance. *American Journal of Alzheimer's disease and other dementias*, 30(5), 1-10. doi:10.1177/1533317514522541
- Alzheimer Portugal (2009). *Plano nacional de intervenção Alzheimer*. Trabalho Preparatório para a Conferência “Doença de Alzheimer: Que Políticas?” Disponível em <http://www.alzheimer-europe.org/>
- Andrewes, D. (2015). *Neuropsychology: From theory to practice*. Psychology Press.
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Rego, L. A. & Pinheiro, A. Trans.). Lisboa: Edições 70.
- Belleville, S., Gilbert, B., Fontaine, F., Gagnon, L., Ménard, É. & Gauthier, S. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 22(5-6), 486-499. doi:10.1159/000096316
- Ben-Yishay, Y. (2000). Postacute neuropsychological rehabilitation - A holistic perspective. In Christensen, A. L. & Uzzell, B. P. (Eds), *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation* (pp. 127-135). New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers.
- Bertens, D., Fasotti, L., Boelen, D. & Kessels, R. (2013). A randomized controlled trial on errorless learning in goal management training: study rationale and protocol. *BMC Neurology*, 13(64), 1471-2377. doi:10.1186/1471-2377-13-64
- Boccardi, M. & Frisoni, G. B. (2006). Cognitive rehabilitation for severe dementia: Critical observations for better use of existing knowledge. *Mechanisms of ageing and development*, 127(2), 166-172. <http://dx.doi.org/10.1016/j.mad.2005.09.027>
- Botelho, N. (2016, setembro 9). Taxa de analfabetismo em Portugal ainda é das maiores na Europa. *Expresso*. Retirado a outubro 4, 2016, de <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-09-03-Taxa-de-analfabetismo-em-Portugal-ainda-e-das-maiores-na-Europa>
- Camara, V. D., Gomes, S., Ramos, F., Moura, S., Duarte, R., Costa S. et al. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira de Neurologia*, 45(1), 25-31.
- Cappa, S. F., Benke, T., Clarke, S., Rossi, B., Stemmer, B. & van Heugten, C. M. (2005). EFNS guidelines on cognitive rehabilitation: report of an EFNS task force. *European Journal of Neurology*, 12, 665-680. doi: 10.1111/j.1468-1331.2005.01330.x
- Cardoso, L., Costa, R. M., Piovesana, A., Carvalho, J., Ferreira, H., Lopes, M., ... & Sncovschi, L. (2004). Utilização de ambientes virtuais na reabilitação de pacientes com lesão cerebral por AVC e TCE. *Edital CT-Saúde*, 24, 1-6.
- Castro-Caldas, A. (1994). Ser Traumatizado Crânio em Portugal. *Revista do Interno*, 117-121.

- Chantsoulis, M., Mirski, A., Rasmus, A., Kroptov, J. & Pachalska, M. (2015). Neuropsychological Rehabilitation for traumatic brain injury patients. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 22(2), 368-379.
- Chizzotti, A. (2006). *Pesquisa em ciências humanas e sociais* (8a ed.). São Paulo: Cortez.
- Chousa, A. (2014). *Construção e implementação de um programa de estimulação executiva em idosos saudáveis*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Cicerone, K. (2002). Remediation of 'working attention' in mild traumatic brain injury. *Brain Injury*, 16(3), 185-195. <http://dx.doi.org/10.1080/02699050110103959>
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D., Malec, J., Bergquist, T. et al. (2000). Evidence based cognitive rehabilitation: recommendations for clinical practice. *Arch Phys Med Rehabil*, 81, 1596-1615. <http://dx.doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>
- Cicerone, K. D., Mott, T., Azulay, J., Sharlow-Galella, M. A., Ellmo, W. J., Paradise, S. & Friel, J. C. (2008). A randomized controlled trial of holistic neuropsychologic rehabilitation after traumatic brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 89(12), 2239-2249. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apmr.2008.06.017>
- Clare, L. & Woods, R. (2004). Cognitive training and cognitive rehabilitation for people with early-stage Alzheimer's disease: A review. *Neuropsychological Rehabilitation: An International Journal*, 14(4), 385-401. <http://dx.doi.org/10.1080/09602010443000074>
- De Noreña, D., Ríos-Lago, M., Bombín-González, I., Sánchez-Cubillo, I., García-Molina, A. & Tirapu-Ustárroz, J. (2010). Efectividad de la rehabilitación neuropsicológica en el daño cerebral adquirido (I): atención, velocidad de procesamiento, memoria y lenguaje. *Rev Neurol*, 51(11), 687-98.
- Dores, A. R. (2006). Reabilitação Cognitiva Através de Ambientes Virtuais. In Santos, N. R., Lima, M. L., Melo, M.M., Candeias, A. A., Grácio, M. L. & Calado, A. A. (eds). *VI Simpósio de Investigação em Psicologia*, vol. 6 (pp. 46-68). Évora: Universidade de Évora.
- Dores, A. R., Guerreiro, S., Almeida, I. & Castro-Caldas, A. (2007). Reabilitação Cognitiva e Realidade Virtual: Uma parceria de sucesso? *Educ. Méd. Int.* 10(3), 187.
- Dores, A. R., Guerreiro, S., Almeida, I. & Castro-Caldas, A. (2008). The Use of Virtual Reality in Cognitive Rehabilitation: an Exploratory Study. *Neurorehab. Neural. Re.* 22(5), 542.
- Dores, A. R., Carvalho, I. P., Barbosa, F., Almeida, I., Guerreiro, S., Leitão, M., ... & Castro-Caldas, A. (2011, setembro). Serious games: are they part of the solution in the domain of cognitive rehabilitation? In *International Conference on Serious Games Development and Applications* (pp. 95-105). Springer Berlin Heidelberg.
- Dores, A. R., Barbosa, F., Marques, A., Carvalho, I. P., De Sousa, L. & Castro-Caldas, A. (2012). Realidade Virtual na Reabilitação: Por Que Sim e Por Que Não? Uma Revisão Sistemática. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 414-421. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/65732>
- Dores, A. R., Carvalho, I. P., Barbosa, F., Almeida, I., Guerreiro, S., Oliveira, B., ... & Caldas, A. C. (2012). Computer-assisted rehabilitation program–virtual reality (CARP-VR): A program for cognitive rehabilitation of executive dysfunction. In Putnik, G. D. & Cruz-Cunha, M. M. (Eds.), *Virtual and networked organizations, emergent technologies and tools* (pp. 90-100). Springer Berlin Heidelberg.

- Emurian H. H. (2007). Programmed instruction for teaching Java: consideration of learn unit frequency and rule-test performance. *The Behavior Analyst Today*, 8(1), 70–88. doi:10.1037/h0100103.
- Faria, A. L., Pinho, M. S. & i Badia, S. B. (2016, janeiro). *Do papel-e-lápis à realidade virtual: uma nova abordagem para reabilitação cognitiva personalizada*. Paper apresentado no 11º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde, Lisboa. Retirado a setembro 10, 2016, de <https://www.researchgate.net/publication/289522266>. doi: 10.13140/RG.2.1.3627.5284
- Fernandes, V. (2015). *Reabilitação cognitiva na lesão cerebral adquirida: desenvolvimento e implementação do programa CereBest*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Guerreiro, S., Almeida, I., Fabela, S., Rocha Soares, A. & Castro-Caldas, A. (2009) Avaliação de cinco anos de reabilitação neuropsicológica no Centro de Reabilitação Profissional de Gaia (CRPG). *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, 8/9, 19-36.
- Instituto Nacional de Estatística (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos-Portugal*. Lisboa-Portugal: Instituto Nacional de Estatística, IP. Disponível em <http://censos.ine.pt/>
- Irigaray, T. Q., Gomes Filho, I. & Schneider, R. H. (2012). Efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição de idosos saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 188-202. Disponível em www.scielo.br/prc
- Jean, L., Bergeron, M. È., Thivierge, S. & Simard, M. (2010). Cognitive intervention programs for individuals with mild cognitive impairment: systematic review of the literature. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 18(4), 281-296. <http://dx.doi.org/10.1097/JGP.0b013e3181c37ce9>
- Josman, N., Kizony, R., Hof, E., Goldenberg, K., Weiss, P. L. & Klinger, E. (2014). Using the Virtual Action Planning-Supermarket for Evaluating Executive Functions in People with Stroke. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases*, 23(5), 879–887. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2013.07.013>
- Kessels, R. P. & Haan, E. H. (2003). Implicit learning in memory rehabilitation: A meta-analysis on errorless learning and vanishing cues methods. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, 25(6), 805-814.
- Lasprilla, J. C. A. (2006). *Rehabilitación neuropsicológica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Loschiavo-Alvares, F. Q., Sediama, C. Y. N., Rivero, T. S., Nicolato, R., Neves, F., Buena, O. F. & Malloy-Diniz, L. F. (2011). Tools for efficacy's assessment of neuropsychological rehabilitation programs: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 8(3), 1-11.
- Marrón, E. M., Alisente, J. L. B., Izaguirre, N. G., Rodríguez, B. G. et al. (2011). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica*. Editorial Universitat Oberta de Catalunya.
- Mateer, C. (2006). Introducción a la rehabilitación cognitiva. In Lasprilla, J. C. A. *Rehabilitación neuropsicológica* (pp. 1-14). México: Editorial El Manual Moderno.
- Mendes, L. P. (2010). Aplicações da Realidade Virtual na Reabilitação da lesão cerebral adquirida: Estudo das potencialidades de ambientes virtuais na reabilitação de sinistrados: Revisão sistemática. *Psychologica*, (52-II), 45-69. Disponível em <http://hdl.handle.net/10316.2/3464>

- Mendes, L., Barbosa, F. & Reis, L. P. (2013). Realidade virtual e reabilitação neurocognitiva da lesão cerebral adquirida: estudo exploratório. *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*. Disponível em <http://hdl.handle.net/10216/67043>
- Miguel, I. & Amaro da Luz, M. H. (2015). New technologies towards cognitive stimulation in elderly with dementia: Effects and potential. In *Proceedings of the 2015 10th Iberian Conference on Information Systems and Technologies* (Cisti 2015). <http://hdl.handle.net/11328/1487>
- Mimura, M. & Komatsu, S. (2007). Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. *Psychogeriatrics*, 7(3), 137-143. doi: 10.1111/j.1479-8301.2007.00212.x
- Nogueira-Martins, M. C. F. & Bógus, C. M. (2004). Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. *Saúde e sociedade*, 13(3), 44-57.
- Nunes, B. & Pais, J. (2006). *Doença de Alzheimer: Exercícios de estimulação* (volume 1 e 2). Lisboa-Porto: LIDEL.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3ª Ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peña, A. S. (2010). *Estimulación cognitiva para adultos: presentación e guía didáctica*.
- Pieramico, V., Esposito, R., Cesinaro, S., Frazzini, V. & Sensi, S. L. (2014). Effects of non-pharmacological or pharmacological interventions on cognition and brain plasticity of aging individuals. *Front Syst Neurosci*, 8(153). <http://dx.doi.org/10.3389/fnsys.2014.00153>
- Pontes, L. & Hübner, M. (2008). A reabilitação neuropsicológica sob a ótica da psicologia comportamental. *Rev. psiquiatr. clín.*, 35(1), 6-12. Retirado a outubro 2, 2016 de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832008000100002&lng=en.
- Prigatano, G. P. (1999). *Principles of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Oxford University Press.
- Rabipour, S. & Raz, A. (2012). Training the brain: Fact and fad in cognitive and behavioral remediation. *Brain and cognition*, 79(2), 159-179. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bandc.2012.02.006>
- Rizzo, A. A., Bowerly, T., Buckwalter, J. G., Schulteis, M. T., Matheis, R., Shalabi, C., Neumann, U., Kim, L. & Sharifzadeh, M. (2002). Virtual Environments for the Assessment of Attention and Memory Processes: The Virtual Classroom and Office. *Proceedings of the International Conference on Disability: Virtual Reality and Associated Technology*, 3-12. Disponível em <https://www.researchgate.net/>
- Schulteis, M. T. & Rizzo, A. A. (2001). The Application of Virtual Reality in Rehabilitation. *Rehabil. Psychol.*, 46(3), 296-311. <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.46.3.296>
- Shulteis, M. T. & Rizzo, A. A. (2002). The Virtual Office: Assessing & Re-training Vocationally Relevant Cognitive Skills. *Paper presented at the 10th Annual Medicine Meets Virtual Reality Conference*, 7(5), 378-394.
- Seron, X. (1997) Effectiveness and specificity in neuropsychological therapies: A cognitive point of view. *Aphasiology*, 11(2), 105-123. doi: 10.1080/02687039708248459
- Sousa, F. (2006). Prioridades de investigação em saúde mental em Portugal: as perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 24(1), 103-114.

- Sousa, L. & Sequeira, C. (2012). Conceção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (8), 7-15. Retirado setembro 20, 2016 de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602012000200002&lng=pt&tlng=pt.
- Spector, A., Thorgrimsen, L., Woods, R. T. & Orrell, M. (2006). *Making a difference: an evidence-based group programme to offer Cognitive Stimulation therapy (CST) to people with dementia*. London: Hawker Publications.
- Stott, J. & Spector, A. (2011). A review of the effectiveness of memory interventions in mild cognitive impairment (MCI). *International Psychogeriatrics*, 23(4), 526-538.
- Tsolaki, M., Kounti, F., Agogiatou, C., Poptsi, E., Bakoglidou, E., Zafeiropoulou, M. et al. (2010). Effectiveness of nonpharmacological approaches in patients with mild cognitive impairment. *Neurodegenerative Diseases*, 8(3), 138-145. doi: 10.1159/000320575
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde pública*, 39(3), 507-514. Retirado julho 24, 2016 de http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000300025&lng=en
- Walker, M. F., Sunderland, A., Fletcher-Smith, J., Drummond, A., Logan, P., Edmans, J. A., ... Taylor, J. L. (2012). The DRESS trial: A feasibility randomized controlled trial of a neuropsychological approach to dressing therapy for stroke inpatients. *Clinical Rehabilitation*, 26(8), 675-685. doi:10.1177/0269215511431089
- Whyte, J. (1997). Assessing medical rehabilitation practices: distinctive methodologic challenges. In Fuhrer, M. J. (Ed). *The Promise of Outcome Research* (pp. 43-59). Baltimore: Paul H. Brookes Publishing Co.
- Wilson, B. A. (1991). Theory, Assessment, and Treatment in Neuropsychological Rehabilitation. *Neuropsychology*, 5(4), 281-291. <http://dx.doi.org/10.1037/0894-4105.5.4.281>
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: How it is and how it might be. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 3(5), 487-496.
- Wilson, B. A., Cockburn, J., Baddeley, A. D. & Hiorns, R. (1989). The development and validation of a test battery for detecting and monitoring everyday memory problems. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 11, 855-870. <http://dx.doi.org/10.1080/01688638908400940>
- Wilson, B. A., Fergus, G., Evans, J. & Bateman, A. (2009). *Neuropsychological Rehabilitation: Theory, Models, Therapy and Outcome*. UK: Cambridge University Press.
- World Health Organization (1986, setembro). *Optimum care of disabled people*. Report of a WHO meeting, Turku, Finland. WHO Regional Office for Europe.
- Zimmermann, N., Cardoso, C. O., Kochlmann, R., Jacobsen, G. & Fonseca, R. P. (2014). Contributions of the ecological approach to the neuropsychology of executive functions. *Temas em Psicologia*, 22(3), 639-654. <https://dx.doi.org/10.9788/TP2014.3-09>

Anexos

Anexo 1. Dados de caracterização dos profissionais de Reabilitação Neuropsicológica que participaram no estudo

Os dados são apresentados separadamente para cada participante e de acordo com a informação recolhida no guião da entrevista semiestruturada, construída para o efeito (cf. Anexo 2).

Sexo	Idade	Área de residência	Área de trabalho	Formação	Anos de experiência em RN	Tipo de instituição em que desenvolve o trabalho de RN	Populações com as quais trabalha
F	36	Suburbana	Suburbana	Licenciatura em Psicologia (pré-bolonha) e Pós-graduação em Neuropsicologia Clínica	13 anos	Semipública	LCA
F	44	Urbana	Suburbana	Doutoramento em Psicologia e Pós-graduação em Psicoterapia e Orientação Vocacional	15 anos	Semipública	LCA
F	24	Suburbana	Urbana	Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde	1 ano	Privada	Demências
M	46	Urbana	Urbana	Licenciatura em Psicologia (pré-bolonha) e Doutoramento em Ciências Biomédicas, ramo de Neurociências	10 anos	Semipública	LCA e Lesão cerebral congénita (em menor número)
F	24	Suburbana	Urbana	Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde	2 anos	Semipública	Demências; LCA.
F	27	Suburbana	Urbana	Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde	5 anos	Semipública	Demências; LCA.
F	42	Urbana	Urbana	Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde	12 anos	Pública e privada	Demências; LCA.
F	32	Urbana	Urbana	Licenciatura em Psicologia (pré-bolonha) e Mestrado em Psicologia da Linguagem e Neuropsicologia	7 anos	Pública e privada	Déficé cognitivo ligeiro; demências; LCA.

Anexo 2. Guião da entrevista semiestruturada administrada aos profissionais de Reabilitação Neuropsicológica que participaram no estudo (tópicos orientadores)

I. Informações sociodemográficas:

- Sexo;
- Data de nascimento;
- Formação (grau académico, área, pós-graduações);
- Área de residência e trabalho (urbana, suburbana, rural).

II. Enquadramento relativamente à experiência profissional:

- Tempo de experiência em RN;
- Tipo de instituição (pública / privada);
- Populações clínicas-alvo;
- Descrição do tipo de trabalho desenvolvido em RN (valências, componentes da intervenção, funções a seu cargo...).

III. Prática clínica de Reabilitação Neuropsicológica

- Eficácia da RN: perceção de eficácia; ganhos e benefícios observados; fatores que determinam a eficácia;
- Objetivos da intervenção: objetivos que geralmente orientam a intervenção levada a cabo, modo como estes são estabelecidos;
- Limitações: opinião acerca das principais limitações da RN atualmente;
- Necessidades sentidas no contexto de prática clínica.

IV. Metodologia de intervenção

- Parâmetros do programa de RN (periodicidade, duração, intensidade, modalidade...);
- Construção das sessões (metodologia, recursos, princípios seguidos);
- Estratégias de intervenção;
- Modelo teórico e princípios teóricos subjacentes.

V. Materiais de Reabilitação Neuropsicológica

- Recurso a materiais;
- Tipo de materiais utilizados, utilidade, vantagens e desvantagens;

- Classificação da oferta e acessibilidade;
- Limitações, lacunas e necessidades sentidas relativamente aos materiais existentes.

VI. Diretrizes para a construção de um manual para profissionais de RN

(QUESTÃO ABERTA)

Supondo a construção de um manual de RN, destinado a profissionais, como considera que este deveria ser? Para que fosse o mais útil possível e adequado ao contexto da prática clínica, como projetaria este material? Que aspetos deveria contemplar?

Questões de aprofundamento (caso não sejam referidas):

- Formato / suporte;
- Informação teórica associada;
- Estrutura e organização;
- Princípios teóricos orientadores;
- Conteúdos a contemplar.

Anexo 3. Consentimento informado

No âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, está a ser realizado um estudo que visa o desenvolvimento de um manual de Reabilitação Neuropsicológica, dirigido aos profissionais no domínio, resultante da compilação de exercícios e atividades de estimulação cognitiva desenvolvidas no contexto da Consulta de Neuropsicologia inserida no Serviço de Consultas de Psicologia da Saúde da Faculdade.

O objetivo é construir uma ferramenta que vá ao encontro das necessidades dos profissionais no domínio. Para isso, pareceu-nos fundamental realizar um levantamento de necessidades com as quais os profissionais se confrontam no terreno e de proceder a uma caracterização da prática clínica de RN. Assim, uma das metodologias utilizadas neste projeto é a realização de entrevistas a profissionais. Para efeitos de análise dos resultados, as entrevistas serão gravadas e transcritas na íntegra. O seu acesso só será feito pelos investigadores do estudo, garantindo a confidencialidade dos dados, utilizados apenas para efeitos de investigação.

Caso desejar, poderá ter acesso aos dados no final do estudo. Garantimos que nenhuma das tarefas ou atividades comporta qualquer tipo de risco físico ou psicológico. Todos os dados recolhidos são confidenciais, destinando-se exclusivamente a fins de investigação. Caso deseje mais informação ou pretenda abandonar a sua participação no estudo, poderá fazê-lo a qualquer momento.

Caso deseje obter mais informações, contacte:

Diana Pereira

E-mail: dianap11088@gmail.com

Investigadores:

Diana Pereira, Mestranda FPCEUP

Orientada pela Professora Doutora Selene Vicente, Professora Auxiliar FPCEUP

O entrevistador:

Confirmo que expliquei de forma adequada à pessoa abaixo indicada a sua participação no referido estudo que se pretende realizar. Respondi a todas as perguntas que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão adequado para tomada de decisão. Esclareci que toda a informação é confidencial e que apenas serão divulgados publicamente dados gerais bem como, no caso de recusa, que não serão adotados quaisquer procedimentos discriminatórios em relação à participação.

Nome:

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

O entrevistado:

Eu, abaixo-assinado, _____, confirmo que li e compreendi a explicação acima apresentada acerca do âmbito em que se insere esta investigação, para a qual é solicitada a minha participação. Para tal, tive a oportunidade de colocar as questões e dúvidas que julguei necessárias, assim como fui informado(a) que posso desistir de participar neste estudo, sem estar sujeito(a) a qualquer prejuízo ou penalização.

Autorizo a utilização dos dados recolhidos para fins de investigação, mediante gravação e transcrição integral da entrevista. Permito a sua divulgação à instituição promotora deste estudo e, caso seja necessário, às instituições nele envolvidas. Nestas circunstâncias, opto livremente por participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo(a) entrevistador(a).

Nome:

Assinatura:

Data: ____ / ____ / ____

Anexo 4. Grelha de análise de conteúdo e definição das respectivas categorias

Categorias	Subcategorias	Indicadores
A Reabilitação Neuropsicológica: contexto clínico	Atuação do psicólogo em RN	Referências às funções do psicólogo enquanto inserido num processo de RN, nomeadamente, vertentes da intervenção que realiza (estimulação cognitiva, suporte aos familiares, psicoterapia...), especialização em RN e articulação com outros profissionais.
	Objetivos da intervenção	Referência aos aspetos globais que guiam e orientam o processo de intervenção; propósitos que se pretendem atingir com a intervenção.
	Eficácia da intervenção	Perceção acerca da eficácia da intervenção, dos ganhos e benefícios observados no contexto e dos fatores que condicionam a eficácia.
	Constrangimentos à prática de RN	Referências a condições estruturais e contextuais inerentes à RN (disponibilidade de recursos humanos e materiais, características dos contextos, reconhecimento da intervenção, formação dos profissionais...).
Metodologia utilizada na intervenção	Programa de intervenção	Caracterização do programa de intervenção e dos seus parâmetros: duração, periodicidade, monitorização e reajustamento do processo, critérios de inclusão e exclusão.
	Abordagem interventiva	Caracterização da abordagem interventiva, relativamente ao tipo de intervenção realizada e à fundamentação teórica subjacente.
	Estratégias de intervenção	Estratégias e princípios seguidos no processo de intervenção, que permitem incrementar a motivação do paciente e potenciar a eficácia (treino de estratégias, validade ecológica dos exercícios, aprendizagem sem erro...).
Materiais de Reabilitação Neuropsicológica	Tipos de materiais	Tipos de materiais referidos pelos profissionais (informatizados, papel e lápis, interativos) e caracterização do seu uso, ou seja, de que modo são inseridos no programa de intervenção.
	Vantagens e desvantagens	Referências a aspetos positivos e negativos comportados pelos diferentes materiais referidos.
	Utilidade e pertinência	Utilidade e pertinência da existência e desenvolvimento de materiais de RN para profissionais; fatores que fundamentam a utilidade e pertinência.

	Oferta e acessibilidade	Classificação da oferta (vasta, escassa) e da acessibilidade (fácil ou difícil acesso, restrições ao acesso) dos materiais.
	Necessidades	Aspetos não contemplados pelos materiais existentes e necessidades sentidas no contexto de prática clínica relativamente aos materiais disponíveis atualmente.
Diretrizes para a construção de um manual para profissionais	Princípios orientadores	Princípios orientadores que devem guiar a construção do manual (validação, adequação, validade ecológica, flexibilidade...).
	Conteúdos a contemplar	Referências aos principais conteúdos que o manual deve contemplar, nomeadamente aspetos teóricos, práticos, orientações para a prática clínica...
	Estrutura	Referência à estrutura e organização preferencial na construção do material.

1. Reabilitação Neuropsicológica: contexto clínico

Nesta categoria inserem-se todos os elementos que permitem caracterizar a prática clínica de RN, procurando aferir de que forma esta é percecionada pelos profissionais que realizam intervenção neste domínio. Isto inclui a perceção acerca dos objetivos que devem guiar a intervenção, da sua eficácia e do modo como esta é limitada e dependente de determinados fatores. Procura-se perceber também se os profissionais consideram que existem constrangimentos estruturais e contextuais à prática clínica, e como os caracterizam. Inclui-se também uma caracterização da atuação do psicólogo em RN, concretamente, quais as vertentes e componentes do processo de intervenção que realiza.

2. Metodologia utilizada na intervenção

Nesta categoria cabem todos os aspetos que permitem caracterizar o programa de RN levado a cabo pelo profissional na sua prática clínica. Nela inserem-se os parâmetros e componentes que delimitam o programa de intervenção, tais como a periodicidade, duração, medidas de avaliação dos resultados, entre outras. Para além disso, inclui-se ainda a abordagem interventiva adotada e a fundamentação teórica subjacente. Compreende ainda as estratégias utilizadas pelo profissional na intervenção, quer estas sejam de índole mais teórica (princípios adjacentes a um modelo ou fundamentação teórica que são vistos como potenciadores da eficácia, tais como a aprendizagem sem erro, a evocação ou aprendizagem espaçada, o desvanecimento de pistas), quer sejam de índole mais prática e

terapêutica (utilização de exercícios apelativos e adequados aos gostos do paciente para incrementar a motivação, validade ecológica dos exercícios, entre outras).

3. Materiais de Reabilitação Neuropsicológica

Nesta categoria estão incluídos os elementos que permitem caracterizar a utilização, por parte dos profissionais, de materiais na construção das sessões de RN. Inclui-se referências a aspetos que permitem diferenciar o tipo de materiais utilizados, caracterizando-os em termos de vantagens e desvantagens. Inclui também referências ao modo como os profissionais caracterizam os materiais em termos de utilidade, pertinência, oferta e acessibilidade. Para além disso, cabem ainda aspetos relativos às necessidades ou limitações destes materiais, nomeadamente, que aspetos relevantes é que estes não contemplam e se são adequados à realidade da prática clínica.

4. Diretrizes para a construção de um manual para profissionais

Nesta categoria inserem-se todas as diretrizes e orientações dadas pelos profissionais para a construção de um manual de RN. Inserem-se referências ao modo como esta ferramenta deve estar organizada e estruturada, que conteúdos deve contemplar e quais os princípios que devem ser seguidos para que se constitua como um material pertinente e de utilidade para os profissionais.

Anexo 5. Exemplos de atividades práticas a incluir no manual para o domínio cognitivo da memória

No sentido de se compreender melhor o tipo de estrutura que pretendemos adotar, no manual, para as atividades práticas, apresentamos aqui alguns exemplos de possíveis atividades. Uma vez que no quadro em que expusemos a estrutura do manual (cf. Quadro 1, secção da conclusão e considerações finais) optámos por exemplificar com o domínio da memória, também aqui apresentamos atividades para este domínio cognitivo. Para cada exercício é apresentado o material, as instruções, possíveis variações (incluindo pistas para aumentar a sua complexidade), bem como atividades que podem ser realizadas em casa.

1. MEMORIZAÇÃO DE OBJETOS

Material:

1. Saco para guardar objetos, que seja opaco e não permita ver os objetos que estão lá dentro;
2. Objetos variados (e.g., caneta, lápis, relógios, óculos).

Instruções: É indicado à pessoa que retire, um a um, os objetos que estão dentro do saco. Deve ser-lhe indicado que esteja atenta a cada um dos objetos e que procure memorizá-los, pois de seguida irá voltar a colocá-los no saco. Quando os objetos estiverem novamente dentro do saco, deverá evocá-los.

É importante que os objetos utilizados sejam familiares para a pessoa. Os objetos podem ser retirados do saco pelo terapeuta, mas o facto de ser a pessoa a retirá-los aumenta o envolvimento e potencia a atenção e concentração nos objetos.

Incremento da dificuldade quanto à:

Ordem de evocação:

1. evocação livre;
2. na ordem em que os objetos foram retirados do saco;
3. ordem inversa à retirada do saco.

Número de objetos: aumentar o número de objetos à medida que a pessoa é capaz de os evocar corretamente e pela ordem em que estes foram retirados do saco.

Pistas: inicialmente poderão ser dadas pistas relativamente aos objetos, sempre que a pessoa não consiga evocá-los; a ordem de apresentação do tipo de pistas deverá ser a seguinte: (i) pista semântica: dar uma pista referente à função ou uso do objeto (e.g., no caso de uma caneta: “usamos quando precisamos de preencher algum papel”); (ii) pista fonética: dizer a primeira letra ou o primeiro fonema do objeto; (iii) escolha múltipla: dar três opções de escolha de nomes de objetos, nas quais se encontra o nome correto do objeto. No caso da pessoa apresentar muita dificuldade, pode iniciar-se pelo reconhecimento dos objetos e só depois pela evocação (isto é, dizer uma lista de objetos, devendo a pessoa indicar se cada um estava ou não presente no saco).

Variações:

1. A atividade pode ser feita com objetos da própria pessoa. Para isso, na consulta anterior pode ser indicado à pessoa que traga alguns objetos que costuma utilizar no seu dia a dia, que sejam pequenos e fáceis de transportar;
2. Podem ser utilizadas fotografias ou desenhos dos objetos em vez de objetos reais;
3. Em vez de estímulos visuais podem ser utilizados sons, cores, ou aromas;
4. Pode realizar-se a tarefa apresentando todos os objetos e posteriormente retirar algum, consistindo a tarefa da pessoa em dizer qual é o que falta. Pode retirar-se mais do que um objeto, o que aumenta o nível de dificuldade;
5. Outra opção é apresentar os objetos desordenados, constituindo a tarefa da pessoa em ordená-los corretamente tal como foram apresentados.

A partir deste exercício também podem ser elaboradas outras atividades:

1. Explicar a função de cada objeto e pensar numa função alternativa para esse objeto (e.g., caneta: serve para escrever; também pode servir para marcar a página de um livro);
2. No caso de ser a pessoa a trazer os seus objetos de casa, a tarefa poderá consistir em associar a cada objeto uma memória vivida (e.g., caneta: onde comprou ou quem lha ofereceu, qual foi a última vez a utilizou, para quê...).

Exemplos de atividades para casa:

1. Recordar-se dos objetos que memorizou em consulta e registá-los numa folha;
2. Registar três situações do dia a dia em que utilizou cada um dos objetos durante a semana em curso;

3. Utilização de um diário ou caderno de notas para registrar as coisas de que não se quer esquecer. O uso desta ferramenta deve ser explicado e treinado em consulta previamente. Neste contexto, a pessoa pode apontar no diário os objetos ou coisas que não pode esquecer. Por exemplo, registrar no diário os objetos que tem de trazer para a próxima consulta.

2. AGENDA

Material: Folha com uma tabela em formato de agenda, com a indicação de atividades para cada dia da semana, tal como no seguinte exemplo:

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
- ir às finanças; - levar calças à costureira; -pagar conta da água.	- comprar legumes no mercado; - ir a uma consulta no dentista; - marcar consulta de ortopedia.	- levantar calças na costureira; - pagar a conta da luz.	- levar sapatos ao sapateiro; - ir à consulta de ortopedia; - ir à esteticista.	-ir ao cabeleireiro; - ver concerto de fado.	- fazer almoço para a família; - Ir ver jogo de futebol do neto.

Instruções: A agenda é apresentada ao paciente, indicando que deve memorizá-la. É lida a agenda várias vezes, pede-se à pessoa que vá repetindo. Repete-se as vezes que forem necessárias e exercita-se em conjunto até garantir que a pessoa compreendeu e memorizou todas as tarefas da semana. É importante ajustar as atividades da agenda às atividades comuns e familiares da pessoa.

Incremento da dificuldade quanto à ordem de evocação e pistas:

1.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
- ir às finanças; - _____; _____; -pagar conta _____ _____	- comprar _____; _____; - ir a uma consulta no _____; - marcar consulta de _____.	- levantar _____ _____; _____; _____	- levar _____; _____; - ir à consulta _____; _____; - ir à esteticista.	- _____; _____; - ver concerto _____ _____	- _____; _____; - Ir ver jogo de futebol do _____ _____

2.

Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
- _____ _____ - levar _____ à _____ - _____ _____.	- _____ _____ - _____ _____ - marcar consulta de _____.	- _____ _____ _____ - Pagar _____ _____.	- _____ _____ - ir à consulta _____ _____ - ir à _____.	- Ir ao _____ _____ - ver _____ _____.	- _____ _____ - Ir ver _____ _____ _____.

3. Evocação livre

Variações:

1. Em vez de o terapeuta trazer uma agenda-modelo (como a que aqui apresentamos) para a consulta, pode construir-se, com a pessoa, a sua agenda para a semana. Assim trabalha-se também, simultaneamente, o planeamento. Ou seja, a pessoa elabora em consulta, com a ajuda do terapeuta, a lista de tarefas que tem para fazer durante a próxima semana. E de seguida realiza-se o exercício de evocação com essa lista;
2. Podem ser acrescentadas mais atividades à agenda, ou colocadas atividades mais complexas (e.g., indicação das horas) para incrementar a dificuldade do exercício.

Exemplos de atividades para casa:

1. Elaborar uma agenda pessoal com as tarefas da semana (praticar a realização deste tipo de tarefa em consulta e fornecer à pessoa um modelo em papel do quadro a completar). Em alguns casos poderá ser pensado o uso da agenda de forma continuada, como forma de auxiliar na organização e memorização das tarefas importantes. Neste caso, deve treinar-se em consulta o modo como a agenda deve ser usada e monitorizar, ao longo do tempo, o seu uso por parte da pessoa;
2. Registrar numa folha as tarefas principais que realizou nos últimos três dias, completando um quadro semelhante ao utilizado em consulta;

3. Organizar uma série de tarefas soltas e desordenadas numa agenda com a configuração da que foi utilizada em consulta, fornecida ao paciente em formato papel.

3. JOGO DAS PERGUNTAS

Material:

1. Papel com uma lista, para o terapeuta, de uma série de pessoas que sejam conhecidas para o indivíduo (pessoas famosas, tais como políticos, atores, músicos);
2. Fotografias das pessoas da lista (opcional).

Instruções: Dizer à pessoa “vou pensar numa pessoa famosa que de certeza conhece. Pode ser, por exemplo, um ator, um cantor ou um político. Deve tentar adivinhar em que pessoa estou a pensar, e para isso tem de me fazer perguntas, mas eu só posso responder sim ou não. Deve estar muito atento porque não se podem repetir perguntas. Além disso, tem de tentar lembrar-se de todas as minhas respostas porque vão ajudar a adivinhar a pessoa em quem estou a pensar!”.

Devem ser usadas personagens familiares à pessoa, garantindo que esta as conhecerá (e.g., se é uma pessoa que gosta de cinema, utilizar atores de filmes que sejam da sua preferência e que previamente se confirmou que são do seu conhecimento).

Variações:

1. Pode ser realizado o mesmo exercício com objetos. Para facilitar a tarefa podem usar-se imagens ou fotografias dos objetos. Por exemplo, em cima da mesa podem colocar-se fotografias de uns óculos, chaves, caneta e um copo. O terapeuta pensa num desses objetos e a tarefa da pessoa é a de descobrir de que objeto se trata;
2. Usar pessoas da família ou da rede interpessoal próxima da pessoa;
3. Para dificultar pode-se estabelecer um número máximo de perguntas para adivinhar o objeto ou pessoa em causa.

Exemplos de atividades para casa:

1. Listar características de três pessoas conhecidas à escolha (e.g., familiares, atores);

2. Memorizar e registrar o nome de cinco personagens da novela ou do filme que viu durante essa semana;
3. Fazer uma lista com os cinco atores preferidos / cinco filmes preferidos / cinco livros preferidos (eleger) e debatê-los com o terapeuta em consulta;
4. Jogar com algum familiar ao jogo “Quem é quem?”

4. CONSTRUÇÃO DE UMA HISTÓRIA

Instrução: São apresentadas imagens à pessoa. Pede-se que esteja atenta e construa uma história a partir dessas imagens. De seguida, terá de evocar a história construída.

O nível de dificuldade é incrementado mediante o aumento do número de imagens. A evocação deve ser inicialmente feita com ajudas e pistas, que vão progressivamente sendo retiradas. Deve pedir-se à pessoa que repita até conseguir reproduzir toda a história.

É importante que as imagens utilizadas sejam familiares para a pessoa.

Variações:

1. Para além de recordar a história, a pessoa pode ter de recordar as imagens que foram mostradas;
2. Em vez de imagens podem apenas dizer-se palavras oralmente, que a pessoa deverá incluir na construção de uma história;
3. A história pode ser escrita pela pessoa antes de a evocar oralmente, o que pode facilitar o processo de memorização.

Exemplos de atividades para casa:

1. De forma breve fazer um resumo de um episódio da novela que tenha visto essa semana (ou de um filme que tinha visto ou notícia que tenha lido);
2. Contar um episódio que tenha vivido na sua infância;
3. Se tiver filhos ou netos pequenos, tentar inventar uma história de embalar para eles.

5. MEMORIZAÇÃO DE RECEITA

Material: Papel com a descrição de uma receita, especificando os ingredientes e o modo de preparação, tal como a que é apresentada na figura 1.

Instruções: Apresenta-se uma receita à pessoa que ela deverá memorizar. O processo de memorização deve ser feito por partes por forma a garantir que a pessoa compreende e memoriza todos os aspetos. Isto é, primeiro lê-se e repete-se com a pessoa os ingredientes e as quantidades, realizando perguntas para garantir que a pessoa memorizou. De seguida passa-se para o modo de preparação, seguindo o mesmo procedimento. Deve-se auxiliar a pessoa no uso de estratégias que facilitem o processo de memorização, tais como a categorização, a associação dos ingredientes a imagens (visualização), o agrupamento lógico dos passos da receita, entre outros.

Sopa de feijão manteiga com Grelos

[6 pessoas]

Ingredientes:

250gr de feijão
2 cebolas
1 cenoura
2 dentes de alhos
1 fatia de abóbora
1 molho de grelos

Modo de preparação:

Arranje os grelos, separando as folhas dos troncos, lave bem e reserve.

Numa panela coloque o feijão, previamente demolido. Junte as cebolas cortadas e os dentes de alho laminados. Leve ao lume a cozer.

Quando estiver cozinhado, retire algum feijão e reserve-o. Reduza o restante a puré. Se necessário, adicione mais água e tempere com sal.

Leve de novo ao lume e quando levantar fervura adicione os grelos e o feijão que reservou. Deixe ferver durante mais alguns minutos, para cozer os grelos.

Retire do lume, adicione o azeite, mexa bem e sirva.

Figura 1: Receita utilizada num exercício no âmbito do programa de estimulação cognitiva “Eureka Seniores”, inserido no projecto de mestrado de Chousa (2014).

Incremento da dificuldade quanto à ordem de evocação e pistas:

1.

- Apresentar uma lista de ingredientes (palavras ou imagens) e a pessoa terá de selecionar quais são necessários para receita;
- Recuperar o modo de preparação. Para cada passo da receita é dada à pessoa a informação inicial (e.g., primeiro temos de arranjar os grelos, como? A seguir colocamos o feijão na panela, o que lhe juntamos?).

2.

- Apresentar os ingredientes com várias opções de escolha, sendo a tarefa da pessoa a de escolher as opções corretas. Exemplificando:
 - Feijão: 250gr ou 150gr?
 - 2 cebolas ou 2 batatas?
 - 1 ou 2 cenouras?
 - Dentes de alho ou alho em pó? Quantos dentes?
 - Abóbora ou cabaça? Quantas fatias?
 - Grelos ou hortaliça? Quantos molhos?
- Apresentar o modo de preparação da receita com os vários passos desordenados, sendo a tarefa da pessoa a de ordenar os passos na ordem correta.

3. Evocação livre fornecendo as pistas que forem sendo necessárias.

Variações:

1. Em vez de se utilizar uma receita escolhida pelo terapeuta, pode pedir-se à pessoa, na consulta anterior, que traga uma receita nova que gostaria de fazer e que nunca experimentou, ou uma receita que antes costumava fazer mas já não faz há algum tempo;
2. Ajustar a receita aos gostos da pessoa, àquilo que ela mais gosta de cozinhar e que tem maior familiaridade;
3. Para complexificar a atividade podem escolher-se receitas com mais ou menos ingredientes e com procedimentos mais ou menos complexos.

Exemplos de atividades para casa:

1. Ver um programa de culinária e tentar fazer a receita que mais gostou. Posteriormente, a pessoa traria para a consulta as principais dificuldades que teve e o terapeuta procuraria fornecer estratégias para contornar e gerir estas dificuldades (e.g., listar de forma concreta e explícita os passos das receitas; utilizar um cronómetro para verificar o tempo de cozedura; colocar os ingredientes a utilizar previamente preparados, etc);
2. Treinar a realização e utilização de listas de compras. Para isso, em consulta o terapeuta treinaria, com a pessoa, a elaboração das listas, fornecendo várias estratégias (e.g., agrupar os ingredientes da lista mediante a forma como estão organizados no supermercado; incentivar à memorização dos ingredientes recorrendo à categorização, utilizando a lista apenas quando não se consegue recordar);
3. Preparar em casa a receita que foi utilizada na consulta;
4. Preparar um jantar em casa, com a ajuda de alguém da família. Treinar em consulta os passos necessários: escolher o prato, fazer uma lista dos ingredientes, ir às compras, ter em atenção o tempo que vai ser preciso para cozinhar, elaborar a receita, servir...